

**МІНІСТЕРСТВО ОБОРОНИ УКРАЇНИ**  
**НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ЦЕНТР**  
**ГУМАНІТАРНИХ ПРОБЛЕМ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ**

**ПСИХОЛОГІЧНЕ ВИВЧЕННЯ**  
**ОСОБОВОГО СКЛАДУ**  
**ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ**

**Методичний посібник**

**Київ – 2019**

**УДК 159.9:159.99**

**П86**

**Коkun О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Корня Л.В.**

**П86** Психологічне вивчення особового складу Збройних Сил України. Методичний посібник. — К.: ФОП Маслаков, 2019. — 288 с.

У методичному посібнику представлено теоретичні та практичні основи психологічного вивчення військовослужбовців та персоналу Збройних Сил України в умовах збройного конфлікту. Представлено ефективні методи соціально-психологічного вивчення та психологічної діагностики. Всебічне психологічне вивчення особового складу є важливою передумовою зменшення бойових та небойових втрат, раціонального використання особистісно-професійного потенціалу військовослужбовців, збереження їх психічного здоров'я, підвищення боєздатності військ (сил).

Психологічне вивчення особового складу надає змогу командуванню враховувати психологічний аспект при визначенні потенційної боєздатності не тільки кожного військовослужбовця, але й окремого підрозділу, що є важливим під час прийняття оперативних рішень бойового управління.

Посібник підготовлено з урахуванням зарубіжного та вітчизняного досвіду психологічного забезпечення військ (сил) та призначено для командирів, їх заступників, інших посадових осіб, які безпосередньо працюють з особовим складом.

**УДК 159.9:159.99**

**Рецензент:**

*Герасименко М.В.* — кандидат історичних наук, заступник начальника Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Збройних Сил України з наукової роботи.

Рекомендовано до друку Науковою радою Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Збройних Сил України (протокол №6 від 26 червня 2019 р.)

© Коkun О.М., Агаєв Н.А.,  
Пішко І.О., Лозінська Н.С.,  
Корня Л.В., 2019

## ЗМІСТ

Вступ. ....	5
РОЗДІЛ 1. Соціально-психологічне вивчення військовослужбовців. ....	7
1.1. Етапи та завдання соціально-психологічного вивчення. ....	7
1.2. Використання результатів соціально- психологічного вивчення в роботі командира. ....	9
1.3. Форми та методи соціально-психологічного вивчення. ....	11
1.4. Спостереження за особовим складом та аналіз отриманої інформації. ....	14
1.5. Вивчення особового складу в ході індивідуальних бесід. ....	41
РОЗДІЛ 2. Психологічна діагностика військовослужбовців. ...	54
2.1. Психодіагностика – предмет, задачі, вимоги до організації її проведення. ....	54
2.2. Психодіагностика військовослужбовців в армії США. ....	56
2.3. Застосування психодіагностики на етапі професійно-психологічного відбору. ....	59
2.4. Психодіагностика особового складу перед відбуттям особового складу в район виконання завдань за призначенням. ....	67
2.5. Психодіагностика особового складу під час виконання завдань за призначенням. ....	71
2.6. Особливості проведення експрес-діагностики в процесі виконання заходів декомпресії. ....	75
2.7. Психодіагностика на етапі повернення з району виконання завдань за призначенням, відновлення боездатності. ....	78
РОЗДІЛ 3. Особливості відхильної поведінки військовослужбовців. ....	85
3.1. Відхильна поведінка: поняття, чинники, різновиди. ...	85

3.2. Типи девіантної поведінки. . . . .	86
3.3. Агресивна поведінка. . . . .	92
3.4. Аутоагресивна поведінка. . . . .	94
РОЗДІЛ 4. Робота з військовослужбовцями групи посиленої психологічної уваги. . . . .	109
РОЗДІЛ 5. Досвід роботи військових керівників армії США, спрямованої на управління бойовим та військово- професійним стресом. . . . .	118
Заключне слово. . . . .	130
Список використаної та рекомендованої літератури. . . . .	131
Додатки. . . . .	136

## ВСТУП

В сучасних умовах істотно підвищилися вимоги до особистісно-професійних якостей військовослужбовців. Ефективне виконання бойових завдань визначається не тільки інтелектуальними та фізичними можливостями людини, а й здатністю її виявляти відповідальність, самостійність, емоційно-вольову стійкість, гнучкість, уміння приймати рішення та бажання продуктивно взаємодіяти з іншими членами військового колективу в умовах постійно зростаючого психічного напруження і втоми.

Високі вимоги до професійних і психофізіологічних якостей військовослужбовців підтверджує бойовий досвід, якого набув особовий склад Збройних Сил України за роки війни на сході України.

Дослідження окремих психофізіологічних показників не може забезпечити обґрунтовану оцінку та прогнозування професійної ефективності військовослужбовця. Принципового значення набуває аналіз соціально-психологічних особливостей особистості військовослужбовця на основі всієї сукупності його індивідуальних характеристик, результатів психологічної діагностики, моніторингу поточних психологічних станів.

Дезадаптивні реакції бойового та військово-професійного стресу в більшій мірі спостерігаються в погано вивчених і погано підготовлених підрозділах із низьким рівнем військової дисципліни, злагожденості, згуртованості та часто поєднуються з проявами протиправної і кримінальної поведінки військовослужбовців.

Всебічне вивчення особового складу та психологічний супровід військово-професійної діяльності дозволяє керівному складу уникнути прорахунків у діяльності посадових осіб щодо недопущення бойових втрат серед особового складу та небойових з причин, не пов'язаних з виконанням завдань за призначенням, раціонально використовувати психологічний потенціал

військовослужбовців, враховуючи їх індивідуальні особливості, контролювати режим службових навантажень і відпочинку в умовах виконання бойових завдань, підтримувати та розвивати психологічну стійкість, забезпечити високу бойову готовність (боездатність) частин і підрозділів.

Досвід проведення ООС переконливо показав, що в умовах сучасної війни ефективне використання військ (сил) визначається не тільки результатами підготовки особового складу, а перш за все – психологічними якостями військовослужбовців, прогнозом їх психологічних можливостей (стресостійкістю) в бою, можливістю їх психіки до відновлення після дії факторів бойового середовища.

Як свідчать зарубіжні та вітчизняні дослідження, знання елементів психологічного оцінювання підлеглих, розуміння цих елементів, вміння їх використовувати, суттєво впливає на офіційний рейтинг керівника та його неформальний авторитет, а також на впевненість військовослужбовців у компетентності свого командира щодо прогнозу майбутніх подій в умовах невизначеності.

# **РОЗДІЛ 1**

## **СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ВИВЧЕННЯ**

### **ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ**

Соціально-психологічне вивчення військовослужбовців є напрямом психологічного забезпечення, що передбачає аналіз умов їх виховання та розвитку особистості, мотиваційної сфери, вивчення загальної військово-професійної спрямованості, оцінку соціальних, моральних якостей, організаторських здібностей, особливостей спілкування й поведінки в колективі, а також освітньої та професійної підготовленості.

Необхідність такої інформації зумовлена потребою військового керівника (командира), інших посадових осіб в отриманні достовірної та повної за обсягом інформації про індивідуальні психологічні особливості військовослужбовців, оцінки їх актуального стану, прогнозі його подальшого розвитку, а також оцінки військових колективів.

Результати соціально-психологічного вивчення (оцінки, вимірювання) і психологічний висновок багато в чому визначають специфіку подальшої роботи військового психолога з конкретними військовослужбовцями та зміст управлінських рішень посадових осіб, прийнятих на підставі цього висновку, оскільки всебічна інформованість є обов'язковим фактором підвищення ефективності військового управління.

#### **1.1. Етапи та завдання соціально-психологічного вивчення**

У соціально-психологічному вивченні можна виокремити такі етапи: призов і підготовка в навчальних центрах; перед відбуттям у район виконання завдань за призначенням; під час виконання завдань за призначенням; після виконання завдань (участі у бойових діях); після повернення з району виконання завдань.

Соціально-психологічне вивчення військовослужбовців дозволяє вирішувати такі основні завдання:

- оцінка рівня професійної придатності (як складова частина) того, хто вступає (призивається) на військову службу;
- раціональне комплектування й розподіл військовослужбовців за спеціальностями та підрозділами;
- оцінка психологічних якостей посадових осіб щодо їх відповідності займаній посаді;
- формування кадрового резерву;
- оптимізація процесу адаптації військовослужбовців до умов військової служби;
- визначення рівня надійності осіб, які допущені до виконання завдань, що вимагають особливої відповідальності та тривалого автономного функціонування, наприклад, несення бойового чергування, вартової служби;
- підвищення ефективності службово-бойової діяльності в звичному, максимальному та надмаксимальному режимах;
- виявлення осіб з низьким рівнем нервово-психічної стійкості, схильних до різних форм відхиленої поведінки;
- виявлення осіб із функціональними і патологічними розладами;
- профілактика нервово-психічних зривів, суїцидального та гомоцидного ризику, мінімізація небойових втрат військовослужбовців;
- визначення рівня психологічної готовності особового складу до виконання завдань за призначенням (бойових завдань);
- виявлення психологічних чинників і причин, що сприяли вчиненню порушень, надзвичайних подій, аварій;
- виявлення психологічних причин труднощів і проблем, що виникають у службовій діяльності та особистому житті в конкретного військовослужбовця;
- мінімізація адаптаційних труднощів на всіх етапах військово-професійної діяльності.



## **1.2. Використання результатів соціально-психологічного вивчення в роботі командира**

Соціально-психологічне вивчення особового складу об'єктивно обумовлене самим характером діяльності командира, функціями командира в рамках організації та контролю своїх підлеглих з метою підтримки постійної бойової готовності, організації повсякденної служби, підготовки до виконання завдань за призначенням, а також ефективного використання особового складу в бойовій діяльності.

Соціально-психологічне вивчення особового складу дозволяє:

1. Отримати достовірну інформацію про підлеглих, підвищити надійність прогнозу їх військово-професійної придатності (за умови регулярного здійснення командиром контролю за проведенням заходів соціально-психологічного вивчення особового складу, методикою отримання соціально-психологічних даних про військовослужбовців, системою накопичення, обробки, узагальнення та аналізу психологічної інформації).

2. Приймати обґрунтовані рішення при призначеннях військового персоналу, здійснювати індивідуальний підхід у повсякденному спілкуванні з ним, оптимально використовувати кадровий потенціал.

3. Забезпечити надійність військово-професійної діяльності, бойову активність військовослужбовців, мінімізувати потенційний ризик у багатьох галузях військової діяльності. Надійне забезпечення військово-професійної діяльності реалізується за допомогою здійснення психологічного відбору (відбору осіб, здатних ризикувати життям і беззаперечно виконувати накази командирів-начальників, готових до участі в бойових діях) і подальшого супроводу професійної адаптації та кар'єри військового професіонала.

4. Знизити ризик при призначенні на керівні та матеріально-відповідальні посади.

5. Обґрунтовано та своєчасно організовувати й контролювати цільові профілактичні заходи щодо попередження в військовослужбовців нервово-психічних розладів, підвищення їх стресостійкості, витривалості психіки до екстремальних умов бойової діяльності, заходи з профілактики виникнення в них сімейних конфліктів.

6. Забезпечити психологічно обґрунтоване (враховуючи психологічну сумісність) комплектування розрахунків (екіпажів, команд).

7. Забезпечити можливість використання психологічних факторів впливу для вирішення військових управлінських завдань.

8. Сформувати сприятливий соціально-психологічний клімат у військовій організації.

9. Сформувати оптимальні міжособистісні взаємини у військовому колективі, групі військовослужбовців в умовах вузького діапазону соціально-прийнятного психічного реагування.

10. Компетентно керувати підлеглими (формування організаційної структури, визначення функцій кожного, організація системи контролю та управління), ґрунтуючись на знаннях про мотивацію членів військової організації, ціннісні орієнтації, управління процесом їх формування. Командиру необхідно знати ступінь мотивації підлеглого особового складу до військової служби, оскільки негативна мотивація є потужним психотравмуючим фактором, що сприяє виникненню й формуванню неврозів, скоєнню суїцидальних вчинків та інших форм девіантної поведінки.

11. Результативно побудувати взаємодію між військовим керівником та членами військової організації, налагодити функціонування системи комунікації в процесі взаємодії; вирішити проблеми військово-управлінського спілкування, оптимізувати взаємини в ланці “керівник-підлеглий”.

12. Мінімізувати зусилля командира для ефективного управління підлеглими.

13. Підвищити надійність військового персоналу, мінімізувати потенційний ризик у багатьох областях діяльності, зберегти психологічну пружність і бойову активність військовослужбовців, знизити їх вразливість в екстремальних ситуаціях.

14. Попередити та мінімізувати соціальні проблеми, дискримінацію за статевою ознакою.

15. Точніше визначити рівень спроможності особового складу вирішувати поставлені завдання.

16. Полегшити прогнозування поведінки особового складу в ході виконання поставлених завдань.

17. Своєчасно реагувати на можливі зміни психологічного стану особового складу.

18. Визначити кому, наскільки терміново, і яку допомогу необхідно надати; в якому обсязі, з ким та яку корекційну роботу потрібно провести.

19. Обрати форму постановки вимог до підлеглих, задля забезпечення сумлінного й відповідального виконання завдань.

### **1.3. Форми та методи соціально-психологічного вивчення**

Соціально-психологічне вивчення застосовується в процесі військово-професійної діяльності та передбачає первинне, поглиблене та динамічне вивчення особового складу.

**Первинне вивчення** – отримання первинної інформації про особистість військовослужбовця, а саме: оцінка його психічного здоров'я, рівня пізнавальних здібностей; адаптаційного потенціалу, виявлення осіб із низьким рівнем нервово-психічної стійкості, визначення групи професійної придатності та інших показників (здійснює, як правило, психолог).

**Поглиблене вивчення** – виявлення індивідуально-психологічних особливостей військовослужбовця, що можуть стати причиною кризових станів на індивідуальному та колективному рівнях (здійснює, як правило, психолог, медик).

**Динамічне вивчення** – визначення рівня психологічної готовності до воєнно-професійної діяльності, оцінка динаміки професійності військовослужбовців (здійснюють, як правило, командири та їх заступники).

Соціально-психологічне вивчення може бути як індивідуальним, так і груповим. У першому випадку предметом вивчення виступають психологічні особливості військовослужбовця, а в другому – соціально-психологічні особливості військового колективу.

При соціально-психологічному вивченні особистості військовослужбовця рекомендується використовувати: аналіз документів, спостереження, анкетування, біографічний метод, орієнтовна анкета, методика визначення рівня самоконтролю, методика визначення ціннісних орієнтацій особистості, методика визначення типу поведінки особистості в конфліктній ситуації, методика оцінки комунікативних і організаторських здібностей, соціометричний метод, узагальнення незалежних характеристик, аналіз практичних результатів діяльності, бесіда, співбесіда, інтерв'ю.

Наприклад, аналіз документів передбачає вивчення таких матеріалів:

- документів особових справ військовослужбовців (автобіографії, заяви, анкети, характеристики, картки професійного психологічного відбору та ін.);
- медичних карток (книжок, висновків лікарів щодо придатності для проходження військової служби, де зазначені перенесені та хронічні захворювання);
- обліково-послужних карток та військових квитків (демографічні дані – дата народження, адреса проживання, сімейний стан, склад сім'ї, освіта, цивільна спеціальність; дані щодо попереднього проходження військової служби – військово-облікова спеціальність, посада, строки служби).

У разі необхідності отримання додаткової інформації (біографічних даних, соціального статусу, трудового, службового

досвіду військовослужбовців) керівний склад військової частини здійснює офіційні запити до державних установ та інстанцій щодо надання відповідних довідок (інформації).

Військові психологи виявляють осіб із низьким рівнем нервово-психологічної стійкості, формують групу посиленої психологічної уваги (на основі виявлених випадків розладів поведінки в минулому, інформації про зловживання алкоголем та іншими психоактивними речовинами), а також виявляють військовослужбовців із легкими розладами психіки.

Результати проведеного соціально-психологічного вивчення обов'язково надаються командуванню військової частини (підрозділу).

### ***Приклад із практики***

*Військовослужбовець М. був направлений для проходження військової служби за контрактом до військової частини А0000 через військкомат. У військкоматі була оформлена особова справа, в якій було відображено, що він народився 21 серпня 1995 року в смт Тиврів Вінницької області в неповній сім'ї робітників (батько з сім'єю не проживає). Освіта: неповна вища. Після навчання працював завідувачем складу в магазині побутової техніки. Був притягнений до адміністративної відповідальності.*

*У процесі служби командир звернув увагу на військовослужбовця М. Солдат мав охайний зовнішній вигляд, гарні комунікативні здібності, вчасно виконував поставлені задачі. В частині була вакантна посада начальника речового складу, на яку командир і хотів призначити військовослужбовця, але перед цим відправити на перепідготовку до школи сержантів.*

*Викликавши солдата М. на співбесіду, командир запитав, чи зміг би він виконувати обов'язки начальника речового складу. Військовослужбовець погодився та повідомив про те, що в цивільному житті вже працював у подібній сфері, був матеріально відповідальною особою та має практичний досвід. Командир поцікавився, чи не було в нього проблем із законом або притягнень*

до відповідальності. Солдат М. відповів, що нічого подібного не було.

Після співбесіди, з метою прийняття остаточного рішення щодо даного військовослужбовця, командир узяв його особову справу та ознайомився з нею. Саме там і була відмітка про те, що М. був притягнений до адміністративної відповідальності. Після запиту до попереднього місця роботи було з'ясовано, що М., використовуючи своє службове становище, навмисно завдав матеріальних збитків магазину шляхом крадіжки майна. Після проведеної перевірки на нього була накладена адміністративна відповідальність у вигляді штрафу.

Отже, військовослужбовець обманув. До чого це може призвести?

1. Солдат може збрехати знову, уже перебуваючи на службі, що може призвести до негативних та незворотних наслідків.

2. Йому не можна довіряти посади з матеріальною відповідальністю.

Цей приклад доводить, що командир повинен вивчати особові справи та володіти інформацією про підлеглий особовий склад для подальшого уникнення негативних наслідків у процесі службової діяльності.

#### **1.4. Спостереження за особовим складом та аналіз отриманої інформації**

Спостереження — один із основних методів соціально-психологічного вивчення особового складу.

Спостереження — це метод вивчення психічних особливостей індивідів на основі цілеспрямованої фіксації проявів їх поведінки з метою аналізу, тлумачення та застосування для практичних потреб.

Найефективніше застосовувати спостереження в комплексі з іншими методами соціально-психологічного вивчення.

Отримані дані фіксуються в **щоденниках психологічного спостереження (робочий блокнот)**. Інформація, отримана шляхом спостереження, повинна піддаватися контролю на обґрунтованість і стійкість в ході подальшого супроводу.

Під час поглибленого вивчення метод спостереження проводиться з урахуванням даних, отриманих на попередньому етапі вивчення, і дозволяє отримати уточнюючі дані про військовослужбовців, а також додаткову інформацію.

Особливої уваги потребують особи, які мають ознаки нервово-психічної нестійкості, ускладнену адаптацію до військово-професійної діяльності, а також ті, хто самостійно звертається за допомогою до психолога, медичного працівника або командира. Крім того, командир особисто може звернутися до психолога із запитом про надання допомоги тому чи іншому військовослужбовцю.

За результатами поглибленого вивчення визначається склад групи посиленої психологічної уваги (ГППУ). Включення військовослужбовців до ГППУ здійснюється за певними ознаками на основі вивчення документів, результатів психологічної діагностики, індивідуальної бесіди та спостереження. До неї включають військовослужбовців, які за певними соціальними та психофізіологічними особливостями, подіями, що відбулися в їх житті до і під час проходження військової служби, потребують систематичного психологічного спостереження, контролю й надання цільової індивідуальної соціально-психологічної допомоги та корекції.

*Командир військової частини приймає рішення, про зарахування військовослужбовця до ГППУ при наявності підстав та письмового звернення військового психолога, заступника командира, особисто військовослужбовця.*

У планах роботи на місяць (рік) командир та його заступники контролюють повноту спланованих заходів роботи з військовослужбовцями, які включені до ГППУ.

На підставі доповідей заступника командира військової

частини щодо результатів роботи з військовослужбовцями ГППУ, рішення психолога (позитивні зміни стану, позитивні результати повторної діагностики, нормальна адаптація до умов проходження військової служби і т. д.) командир приймає рішення щодо виключення військовослужбовців зі складу групи.

Отримані в результаті спостереження дані допомагають командирі визначитися з призначенням військовослужбовців на певні посади, здійснити раціональне доукомплектування підрозділу, визначити осіб, які потребують підвищеної уваги з боку командування, медиків та психологів, сформувати групу посиленої психологічної уваги, організувати заходи, які будуть спрямовані на збереження психічного здоров'я особового складу.

Метод спостереження є трудомістким і складним, отже спостерігач повинен мати спеціальну підготовку та досвід. До методу спостереження вдаються, коли необхідно мінімально втручатися в природну поведінку, стосунки людей, щоб отримати максимально повну інформацію. Формалізованість спостереження підвищує його об'єктивність і достовірність отриманої інформації.

Предметом спостережень є вербальні та невербальні акти поведінки, що проявляються в ситуації або середовищі та які необхідно чітко зафіксувати. Завдяки одержаним результатам, правильно зафіксованим, отримують характеристики інтелектуального й особистісного розвитку, динаміки досягнень, вираженості станів та ін. Досліджуючи поведінку військовослужбовців, також можна спостерігати мовну діяльність (зміст, послідовність, тривалість, частоту, спрямованість, інтенсивність), експресивні реакції (виразні рухи обличчя, тіла), положення тіла в просторі (переміщення, нерухливість, дистанцію, швидкість, напрямок рухів), фізичні контакти (торкання, поштовхи, удари, спільні зусилля) тощо.

Важливе значення в цьому процесі має *спостережливість* – здатність, що проявляється в умінні помічати основні, характерні, а також другорядні властивості.

Проте, у випадку, коли спостерігач (командир, психолог) має недостатньо розвинуті навички спостережливості, якість застосування метода спостереження буде суттєво заниженою,



офіцери не зможуть оперативно реагувати на зміни емоційного стану підлеглих. Тому особам, діяльність яких пов'язана з роботою з особовим складом, бажано працювати над розвитком своєї спостережливості.

Зауважимо, що в роботі командира, його заступників та психологів використовується не буденне спостереження, а наукове, яке має чітко сформульовану мету й задачі та планується відповідно до заздалегідь продуманої процедури. Наочно етапи організації методу спостереження представлено в таблиці 1.1.

*Таблиця 1.1*

#### Етапи організації методу спостереження

№ з/п	Етапи організації	Зміст процедури	На які запитання дає відповідь
1	Визначення мети	Визначення того психічного явища, стосовно якого необхідно зробити висновок	Для чого, з якою метою?
2	Визначення критеріїв	Визначення зовнішніх параметрів, в яких проявляється психічне явище (рухів, дій, вчинків, міміки, жестів, висловлювань і т. д.)	Що спостерігати?
3	Вибір умов	Визначення, коли та за яких умов здійснювати спостереження	Як спостерігати?
4	Вибір форми фіксації даних	Відеозапис або письмова фіксація, безперервна, вибіркова або таблична. Вибір схеми спостереження	Як здійснювати запис?
5	Проведення спостереження з фіксацією даних	Реєстрація зовнішніх проявів за обраною заздалегідь схемою	Що відбувається?
6	Обробка та інтерпретація	Висновок про внутрішні психічні процеси на підставі зовнішніх критеріїв	Який результат?

Розрізняють багато видів спостережень, проте для командира більш важливо розуміти, для чого він може застосовувати цей метод у своїй роботі, яку інформацію в результаті зможе отримати та як з користю цю інформацію можна використовувати в подальшій роботі.

Отже, з метою отримання максимальної й відносно точної інформації стосовно суб'єкта спостереження під час використання методу спостереження важливо враховувати основні його властивості:

а) цілеспрямованість (спостерігач повинен точно знати й розуміти об'єкт та мету спостереження; за інших умов його діяльність перетвориться на реєстрацію окремих подразників, а істотного матеріалу не буде враховано);

б) систематичність (дає змогу розмежувати випадкове, типове та закономірне);

в) планованість (реалізовує поставлену мету у відповідях на запитання: як, коли, де та за яких умов здійснити спостереження);

г) аналітичність (не лише констатує факти, а й виявляє та тлумачить їх психологічну природу);

д) реєстрація результатів (запобігає помилкам пам'яті, унеможлиблює отримання суб'єктивних висновків та узагальнень);

е) оперування системою однозначних понять, спеціальних термінів (сприяє точному позначенню матеріалу, який спостерігають, а також однаковому змісту інтерпретацій).

**Метод спостереження на етапі перед відбуттям підрозділу в район виконання завдань за призначенням** дозволяє отримати додаткову інформацію щодо визначення психологічного благополуччя серед підлеглого особового складу, соціально-психологічного клімату в підрозділі, рівня злагодженості військовослужбовців, їх настрою, особливостей побудови міжособистісних комунікацій, мотивації до виконання бойових завдань. Крім того, можна простежити тематику розмов, основні точки зору стосовно певних питань, особливості взаємодії

формальних і неформальних лідерів зі співслужбовцями та їх вплив на співслужбовців; уточнити рекомендації щодо розподілу (перерозподілу) військовослужбовців; можна реалізувати заходи психологічної корекції з особами, які мають функціональні порушення та психосоматичні скарги<sup>1</sup>, перевірити ступінь засвоєння методик психічної саморегуляції.

Отримані методом спостереження дані дозволяють командирів:

- мати більш повну інформацію стосовно підлеглих та приймати виважені рішення в процесі військово-професійної діяльності;

- отримати інформацію про рівень психологічної готовності до виконання завдань за призначенням, до службової діяльності;

- провести підбір та оцінку кандидатів на вищі посади;

- оцінити динаміку професіоналізму й відповідності вимогам професії та спеціальності.

### **Метод спостереження на етапі виконання завдань за призначенням.**

Метод спостереження на етапі виконання завдань за призначенням використовується з метою попередження несприятливої динаміки виникнення реактивних психічних станів<sup>2</sup> у військовослужбовців із дезадаптивними проявами<sup>3</sup> бойового стресу, спостереження за динамікою розвитку негативних психічних станів, фіксації змін у поведінці військовослужбовців після впливу стресових факторів бойової обстановки, виявлення

---

<sup>1</sup> *Психосоматичні скарги* – тілесні (соматичні) хвороби внаслідок психологічних причин. Наприклад: болі в спині, болі в області серця, ший, голови, живота і т.д..

<sup>2</sup> *Реактивні психічні стани* – тимчасові оборотні розлади психічної діяльності, що виникають як реакція у відповідь на вплив психічної травми. Термін “реактивні стани” прийнятий переважно у вітчизняній психіатричній літературі. У західно-європейській і американській літературі аналогічні стани описуються різними авторами під різними назвами: аномальні реакції, психогенні реакції, стрес-реакції й т.п.

<sup>3</sup> *Дезадаптивні прояви* – характеризуються неадекватним реагуванням людини на навколишній світ (агресивність, жорстокість, розгальмування, зниження керованості або безвихідь, апатія, відчуженість, ігнорування заходів власної безпеки; зловживання спиртними напоями тощо).

відхилень, з'ясування причин поточного стану, визначення найбільш оптимальних шляхів відновлення боєздатності особового складу.

Крім того, метод спостереження на цьому етапі дозволяє оцінити рівень боєготовності підрозділу, проаналізувати вплив бойових стресових факторів на морально-психологічний стан підрозділу, що дозволить спрогнозувати можливості розвитку віддалених наслідків впливу бойового стресу, приймати рішення на предмет евакуації військовослужбовців із району ведення бойових дій у випадку неможливості військовослужбовців виконувати функціональні обов'язки, неадекватної оцінки оточуючих, відсутності контакту, деморалізуючого впливу на оточуючих з їх боку.

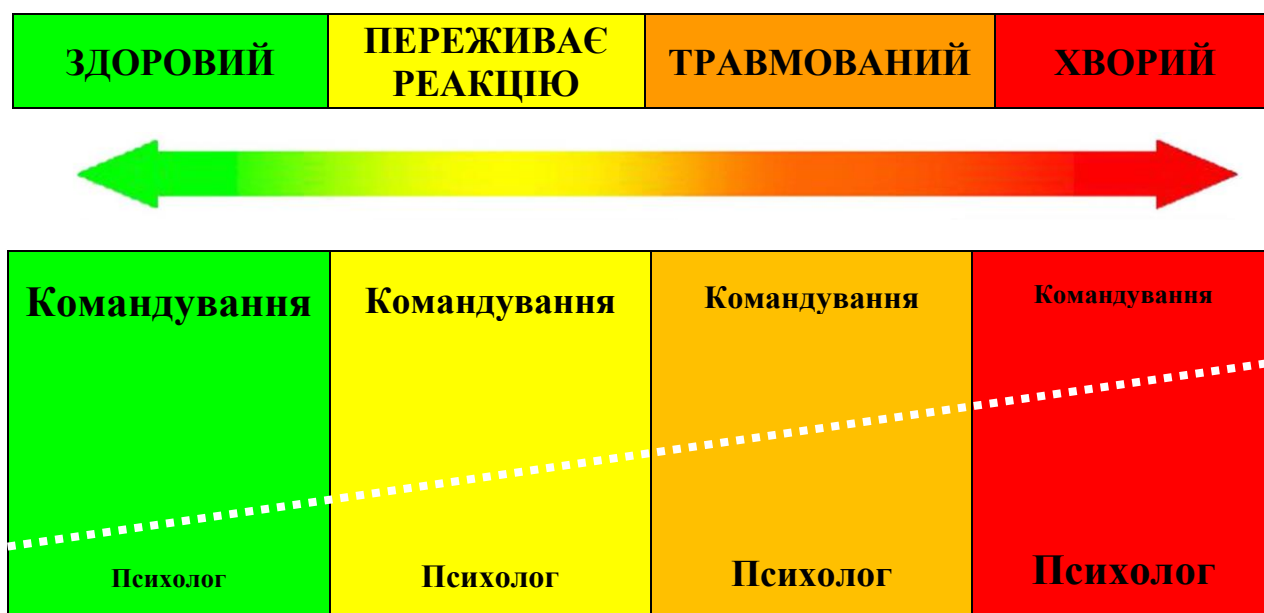
Фактори, які обумовлені бойовою діяльністю, значно впливають на функціональний стан організму військовослужбовців. Аналіз наукової літератури свідчить, що при дводобовому веденні бойових дій знижуються такі показники:

- фізична витривалість – на 28%;
- статична витривалість м'язів тулуба – на 51%;
- слухова чутливість – на 32%;
- час сенсомоторних реакцій – на 40%;
- скорочувальна функція серця – на 25%.

Одночасно погіршується військово-професійна працездатність на 14%; час виконання вогневої задачі – на 35%.

***Завдання командира в бойових умовах: збереження психічного здоров'я підлеглих, контроль бойового й військово-професійного стресу, управління стресовими факторами.***

На рисунку 1.1 представлений розподіл відповідальності за управління бойовим стресом між командуванням і психологами при різних психічних станах військовослужбовців.



Примітка. Позначені зони: зеленим кольором – зона “готовності”, охоплює спектр психологічної адаптації та повної готовності; жовтим кольором – зона “реагування”, охоплює спектр від психологічної адаптації та повної готовності до незначного оборотного дистресу чи втрати функції; жовтогарячим кольором – зона “травми”, зона більш серйозного стійкого дистресу чи втрати функції; червоним кольором – зона “захворювання”, зона клінічних психічних порушень внаслідок стресу й недолікованих стресових травм.

Рис. 1.1. Розподіл відповідальності за управлінням бойовим стресом між командуванням і психологами при різних психічних станах військовослужбовців

У лівій частині рисунку зображена зелена та жовта зони: **діяльність безпосереднього керівника є домінуючою** для забезпечення швидкого відновлення фізичних і душевних сил. При цьому основного значення набуває запобігання.

У правій частині рисунку – жовтогаряча та червона зони: допомогу можуть надати лише медичні працівники та психологи.

Військові священики (капелани) працюють у бойових частинах і підрозділах як з метою стимулювання відновлення фізичних і душевних сил у зеленій зоні, так і для виявлення й контролю реакцій жовтої, жовтогарячої, червоної зон, травм і захворювань.

Однак слід розуміти, що відповідальність за підтримку свого психологічного здоров'я несуть, перш за все, самі військовослужбовці та члени їхніх родин через усвідомлення необхідності побудови власної моделі відновлення фізичних і душевних сил, через здобуття навичок управління власними реакціями на стрес, адекватного оцінювання власного психічного стану, здатності виявляти стресові травми й захворювання та своєчасно звертатися за допомогою, якщо це потрібно.

Навіть попри те, що робота зі стресом потребує участі та професіоналізму кількох груп зацікавлених осіб, профільних фахівців, загальні заходи з охорони психічного здоров'я підлеглих залишаються основною відповідальністю командирів. Безпосередні командири підрозділів та командири, начальники вищих ланок несуть відповідальність за координування заходів із охорони психічного здоров'я для збереження боєздатності й тривалого здоров'я, добробуту військовослужбовців та їхніх родин.

В таблиці 1.2 представлені реакції військовослужбовців на психотравмуючу ситуацію.

*Таблиця 1.2*

Реакції військовослужбовців на психотравмуючу ситуацію

Нормальні коливання настрою, витриманість та адекватна поведінка	Роздратованість/ нетерплячість, відчуття нервозності, виснаженості	Гнів, тривожність, сум, почуття безнадійності	Спалахи гніву, агресії, надмірна тривожність, напади паніки, депресивні, суїцидальні думки
Гарне почуття гумору, добра якість виконання завдань, психічна стійкість	Неадекватний сарказм, зволікання, забудькуватість	Негативне ставлення до оточуючого, низька якість праці/трудоголік, погана концентрація уваги/складність прийняття рішень	Виразна непокірність, неможливість виконувати обов'язки, контролювати поведінку або сконцентруватись

Продовження таблиці 1.2

Нормальний сон, деякі (незначні) труднощі зі сном	Проблеми зі сном, нав'язливі думки, кошмари	Неспокійний порушений сон, повторення жахливих образів, кошмари	Важко заснути або спати, сонливість або безсоння
Добрий фізичний стан, енергійність	Напруження в м'язах/головні болі, низька енергійність	Больовий синдром, підвищена стомлюваність	Соматичні хвороби, постійна втома, перевтома
Звичайна фізична та соціальна активність	Зниження активності, спілкування	Ухилення, уникнення від спілкування	Небажання відповідати на телефонні дзвінки
Відсутнє або обмежене вживання алкоголю, азартні ігри	Регулярне, але контрольоване вживання алкоголю, азартні ігри	Збільшення вживання алкоголю, важко контролювати азартні ігри	Залежність від алкоголю, азартних ігор, інші форми адитивної поведінки

На допомогу командирам розроблено опитувальник (Додаток 1), який реєструє зміни поведінки військовослужбовців під час або після стресової ситуації. Даний опитувальник командир заповнює особисто.

Грунтуючись на результатах цього опитувальника, командири спільно з психологами та медичним персоналом приймають рішення щодо подальшого перебування військовослужбовця в районі ведення бойових дій.

Проводиться сортування<sup>4</sup> військовослужбовців із бойовим та військово-професійним стресом, іншими розладами та неадаптивними реакціями.

Процедура сортування триває в межах 35-40 хвилин, інколи може займати й більше часу, адже це все залежить від ситуативних

<sup>4</sup> Сортування – це процес (процедура) визначення пріоритету надання психологічної допомоги залежно від складності стану, розподілу за категоріями з метою своєчасного надання допомоги в необхідному обсязі на місці, або своєчасної евакуації.

причин. Військові психологи не заглиблюються в особистісні проблеми військовослужбовців, а вибудовують план, як саме потрібно з такими особами працювати. Можливо, всьому підрозділу потрібен тренінг, а можливо дебрифінг<sup>5</sup>, відпочинок, консультація або сон. Відповідне рішення командир приймає на місці. В свою чергу, завдання військового психолога полягає в стабілізації стану постраждалих, наданні психологічної допомоги на основі аналізу інформації, якою володіють командири та яка була отримана під час спостереження. Психолог оцінює, яка допомога й підтримка потрібна, та яка буде найбільш ефективна. Одним військовослужбовцям треба для відновлення кілька днів, а іншим досить просто бесіди, уваги і т. д.

### ***Сортувальні категорії:***

- потребує надання допомоги на місці;
- потребує відпочинку;
- потребує нагляду;
- потребує консультації профільного спеціаліста;
- потребує евакуації (у разі неспроможності військовослужбовця виконувати функціональні обов'язки; неадекватної оцінки оточення, відсутності контакту; деморалізуючого впливу військовослужбовця на оточуючих; загрози з боку військовослужбовця для інших членів колективу).

Командир повинен уміти оцінювати потреби особового складу: надавати можливість відпочивати, контролювати достатню кількість сну, який необхідний для відновлення організму, створювати в підлеглих “почуття нормальності”, сприяти впевненості військовослужбовців у своїх можливостях, нагадувати про військову етику. Це необхідно для швидкого відновлення готовності бійців до виконання бойових завдань. Крім того, командир повинен уміти визначити осіб, які потребують

---

<sup>5</sup> *Дебрифінг* – це особливо організоване обговорення, що використовується в групах військовослужбовців, які спільно пережили стресогенну подію, спрямоване на мінімізацію психологічних страждань.



відсторонення від участі в бойових діях, осіб, які можуть залишити підрозділ під час бою з метою збереження власного життя або з ідеологічних міркувань.

Для спостереження за зовнішніми проявами військовослужбовців можна додатково використовувати спеціальну схему (карту), в якій є ключ. За даною схемою, яку наведено в таблиці 1.3, фіксуються певні патерни<sup>6</sup>, її зручно використовувати для подальшої інтерпретації отриманої психологічної інформації.

*Таблиця 1.3*

Карта симптомів реактивних станів і психозів

Симптоми	Діагноз	Корекційно-профілактичні заходи
Короткочасні реакції страху, тривоги, внутрішньої напруженості або розслаблення, емоційно-експресивні прояви, реакції бойової екзальтації, яскраві психологічні переживання, ситуативно обумовлені відхилення в поведінці, порушення сну, стомлюваність, запальність, дратівливість, легкі вегетативні прояви бойового стресу (пігментація, потіння, тремор, частота дихання, серцебиття та ін.)	Адаптивні психологічні реакції. Норма	Відсутня потреба в спеціальній психотерапевтичній і психокорекційній роботі. Профілактика – повсякденна робота з формування психологічної стійкості й готовності до бою.

<sup>6</sup> *Патерн* – шаблонна, характерна для конкретної людини схема поведінки, що відтворюється нею автоматично в процесі взаємодії з навколишнім світом. Наприклад, манера вітання, поведінки за столом, спосіб відповідати на телефонні дзвінки тощо.

Продовження таблиці 1.3

<p>Стан короткочасного граничного емоційного напруження, що зумовлене БПТ, афективна звуженість свідомості, різкі порушення поведінки, “односпрямований” перебіг афекту, мимовільні пантомімні, вегетативні експресивні прояви. Слідом за фазою афективного вибуху нерідко настає фаза виснаження.</p> <p>Військовослужбовець має низький рівень контролю своєї поведінки та погано уявляє наслідки власних вчинків. Проте орієнтування в навколишньому середовищі не страждає, подальшої амнезії не спостерігається.</p> <p>Інтрапунітивні (самоушкодження, суїцид). Екстрапунітивні (злоба, агресія, гнів, побої).</p>	<p>Гострі афективно-шокові реакції</p>	<p>Тимчасова ізоляція, видалення з поля бою.</p> <p>Зброя вилучається, форма одягу зберігається.</p> <p>Проходить реєстрація в журналі.</p> <p>Відпочинок, сон, повноцінне харчування, гарячі напої. За необхідності – психокорекційне та психотерапевтичне втручання.</p>
<p>Демонстративні реакції (усамітнення, самоушкодження, крадіжки, мародерство, суїцид). Тривалість – від кількох хвилин до кількох годин. Реакції поступово згладжуються та завершуються одужанням.</p>		
<p>Менш гостре тривале психічне напруження з вище переліченими симптомами</p>	<p>Преневротичні стани</p>	

Продовження таблиці 1.3

Короткочасні парціальні, без формування цілісної клінічної картини реакції. Психосоматичні порушення, вегетативна нестійкість, рухова та емоційна надмірність. В цілому, поведінка адекватна обстановці.	Патологічні психогенні реакції	Взаєморозуміння, дружній, вербальний та фізичний контакт, звернення до розуму, до малих дій (випити ковток води, підготувати зброю до бою, одягнутися, заправитися, залучити до звичної діяльності, фіксувати, прибрати з поля зору травматичну картинку).  Евакуювати із зони бойових дій, розрада, позитивне інформування, активізуюча діяльність.  Схвалення, заклик до свідомості, чіткі накази, покладання простих завдань і невеликої відповідальності, співчуття, теплі напої, їжа, медикаменти не показані  Контакт наодинці, навіювання про швидке одужання, евакуація з підрозділу, стимулювати вербалізацію страху, зайняти роботою, запобігти відходу в хворобу . В окремих випадках – лікування на шпитальному етапі (до строю, до тилу, демобілізація)
Тривожність, тужливо-пригнічений настрій, боязкість	Депресивні реакції	
Помітне зниження психічного тону	Астенічні реакції	
Істероформні прояви	Істеричні реакції	
Прагнення будь-яким шляхом піти зі стресової ситуації, добитися направлення в шпиталь, переведення в тил, звільнитися з армії, легковажність, безпечність, наївність, вузькість інтересів, низький рівень загальної обізнаності, неохайність, низька працездатність, низька витривалість, СЗЧ	Патохарактерологічні реакції нестійкого типу (нестійкий і шизоїдно-нестійкий типи)	

Продовження таблиці 1.3

Опозиційно-зухвала поведінка, афективна вибуховість, агресивність (з тяжкими наслідками), відкрита непокора, прагнення вчиняти “на зло” оточуючим, зганяти на них злість, образу, розв’язність, безтактовність, афективна гіперактивність в конфліктах, застрягання переживань, мінливість настрою	Патохарактеролочні реакції афективно-експлозивного типу (епілептоїдно-істероїдний, епілептоїдно-нестійкий типи)	Виховання, громадська думка, контроль, зняття напруженості, психотерапія.
Імпульсивність, збудливість, вибуховість, конфліктність, гіперактивність при конфліктах (крики, ридання, позерство), слабкий емоційний контроль, пошук схвалення (брехня, небилиці), гіпертурбота про статус, егоцентризм, прагнення брати участь в бойових діях, суїцидальний шантаж, демонстративні СЗЧ, імітація психопатологічних симптомів	Патохарактеролочні реакції істероїдного типу (істероїдний, лабільно-істероїдний, гіпертимно-істероїдний, лабільно-істероїдний, істероїдно-нестійкий тип)	
Зустрічаються дуже рідко. Тривають від кількох хвилин до кількох годин	Гострі, короточасні реактивні психози	Не враховуються, евакуації не підлягають
1. Афективно звужена свідомість, рухове збудження, відсутність цілеспрямованої поведінки, кричать, метушаться, біжать в бік небезпеки, на обличчях – маска жаху, різкий занепад сил, міцний сон. При пробудженні – амнезія (нічого не пам’ятають)	Гіперкінетичні	В гострих періодах – фізичне обмеження, нейролептики, транквілізатори, в подальшому – вітаміно- та психотерапія

Продовження таблиці 1.3

2. Раптова відсутність можливості рухатися, затьмарення свідомості, втрата мови, безучасність, спрямований в простір погляд, рідко кліпання очима. До декількох діб. Подальша амнезія.	Гіпокінетичні	
Вживання алкоголю і ПАР без формування фізичної залежності	Адиктивна поведінка	Пояснення, вимоги, обмеження доступу, контроль, зняття психоемоційного напруження
Стійкі структуровані психічні розлади: а) зі збереженням орієнтування: 1) формування фізичної залежності від алкоголю і ПАР; 2) стійкі, депресивні, астеничні, фобічні патерни; 3) інтрузія, уникнення, гіперактивність б) з порушенням орієнтування	Алкоголізм, наркоманія  Неврози  ПТСР  Психози	На шпитальному етапі, за межами району ведення бойових дій

**Приклад із практики**

*Дії в секреті. Населений пункт Хрящувате. Перебуваючи в секреті (в каналізаційній ямі), два військовослужбовці побачили, що бойовики перейшли в наступ, ведучи щільний вогонь. Один із військовослужбовців, не висовуючи голови, витягнув руку зі зброєю й почав вести неприцільний вогонь. Через 30 секунд йому було перебито палець і він перестав вести вогонь узагалі. Другий солдат почав по радіостанції викликати допомогу, при цьому*

*безперервно повторював: “На нас напали! Де допомога?!”. Командир роти, отримавши сигнал про наступ, відразу надіслав підмогу. Але, оскільки солдат, який передавав повідомлення, не відпускав палець із тангенти, то й почути інформацію від командира роти про те, що допомога надійшла, він не міг. Коли солдат побачив перед собою командира роти, його охопив відчай, він плакав і водночас відчував полегшення, що вся небезпека позаду.*

*На якийсь період часу мова військовослужбовця змінилася: повторював слова або фрази (12 позиція опитувальника додатка 1); під час або відразу після травматичної події військовослужбовець на якийсь період часу не зміг повноцінно виконувати свої службові обов’язки (13 позиція опитувальника додатка 1).*

Необхідно відзначити, що на сьогоднішній день немає єдиної, уніфікованої, стандартизованої програми спостереження за військовослужбовцями в зоні ведення бойових дій. Форма збору необхідних даних має бути обов’язковою для виконання.

При достатній фаховій підготовці військових психологів доречно розробити програму спостереження з чітко прописаними (визначеними) цілями, наприклад: **“Спеціальна програма по спостереженню з метою профілактики та попередження ризиків”**. Командир (начальник) є відповідальною особою за її втілення в план діяльності з попередження ризиків.

У разі кризи командир має бути здатним виявити проблеми та направити особу до необхідного пункту допомоги.

**Метод спостереження на етапі відновлення після повернення з району виконання завдань за призначенням.**

Зазначений метод соціально-психологічного вивчення особового складу рекомендується застосовувати командиру з метою визначення військовослужбовців, які мають ознаки психологічної травматизації внаслідок участі в бойових діях, що може відображатися в зовнішньому вигляді, змінах поведінки, емоційному реагуванні.

Дані спостереження на цьому етапі вивчення особового складу сприяють узгодженій спільній роботі командира з медиками та психологом підрозділу, прийняттю рішень про подальше поглиблене вивчення військовослужбовців з ознаками психологічної травматизації, про склад ГППУ, щодо направлення військовослужбовців на консультацію до відповідних фахівців, проведення реабілітаційних заходів тощо. Результати спостереження також дають додаткову інформацію командирів щодо можливих психологічних наслідків своїх рішень, що стосуються інтересів особового складу підрозділу.

Крім того, спостереження допомагає у вивченні поточних психофізіологічних станів військовослужбовців з метою надання керівному складу військових частин (підрозділів) узагальнюючих рекомендацій щодо подальшого раціонального використання особового складу під час виконання службових завдань. На цьому етапі психологи проводять психодіагностику та заповнюють на кожного військовослужбовця протокол діагностичного обстеження.

***Моніторинг психологічних проблем військовослужбовців проводиться на всіх етапах соціально-психологічного вивчення.***

Результати вивчення надаються командирів частини та його заступнику у вигляді довідки-довідки, а командири підрозділів і їх заступники використовують результати в своїй роботі з поліпшення морально-психологічного клімату, формування сприятливих міжособистісних відносин, вдосконалення управлінської діяльності, зміцнення військової дисципліни, організованості, комплектування екіпажів і розрахунків, допомагають у вирішенні сімейних проблем.

В таблицях 1.4 та 1.5 пропонуються основні характерні ознаки, на які необхідно звернути увагу спостерігачу у випадку, коли метою спостереження є отримання додаткової інформації щодо втоми, перевтоми, нервово-психічної нестійкості.

Таблиця 1.4

## Основні ознаки зовнішнього прояву втоми та перевтоми

Втома (тимчасове зниження працездатності, зворотність порушень)	Перевтома (стійке зниження працездатності, неповна зворотність порушень)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• зміна відтінку шкіри (залежно від інтенсивності діяльності, вона може коливатися від злегка рожевого до червоного (з вираженим ціанозом – помітною синюшністю);</li> <li>• притуплення почуття обережності;</li> <li>• порушення в координації рухів – рухи сповільнюються або, навпаки, стають поспішними, нескоординованими;</li> <li>• зниження працездатності;</li> <li>• погіршення пам'яті, зниження концентрації уваги;</li> <li>• поява бажання більше мовчати, ніж говорити;</li> <li>• різкі зміни настрою, послаблення самоконтролю;</li> <li>• сонливість.</li> </ul>	<p>До ознак втоми додаються:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• дратівливість, знервованість, надмірна подразливість, нестриманість;</li> <li>• переважає бажання усамітнитись;</li> <li>• можливе неадекватне реагування, здавалося б, на незначну репліку;</li> <li>• зниження реакцій, поява значної кількості помилок у роботі, підвищений травматизм;</li> <li>• погіршується стан здоров'я.</li> </ul>

Таблиця 1.5

Основні форми прояву та характерні ознаки  
нервово-психічної нестійкості

№ з/п	Основні сфери прояву НПН	Характерні ознаки нервово-психічної нестійкості
1	Психомоторика	Погана координація рухів, підвищений тремор, тик (нервовий тик – це ненавмисне стереотипне скорочення м'язів обличчя, іноді ший. Дане відхилення виражається, в основному, дрібним посіпуванням), незграбність рухів, напруженість, вичурність рухів і поз
2	Пізнавально-розумова діяльність	Низький рівень загального розвитку (малий словниковий запас, примітивність суджень); низька інтелектуальна активність (нездатність самостійно ставити життєві цілі, в'язкість, поверхневність мислення); егоцентричність мислення, нечутливість до логічних протиріч



*Продовження таблиці 1.5*

3	Темперамент	Підвищена емоційність (сензитивність); висока тривожність (у важких ситуаціях), боязкість, лякливість; імпульсивність (безтурботність, легковажність, запальність, вразливість); низька або занадто висока активність (метушливість, незібраність, кволість, апатичність, замкненість); ригідність (впертість, прямолінійність, грубість, мстивість); резистентність (швидка втомлюваність, виснаженість, легке відволікання)
4	Мотивація	Навіюваність, схильність до наслідування, егоїстична спрямованість інтересів, утриманство; низький самоконтроль, імпульсивність потягів, надмірне прагнення домінувати, агресивність, нестійкість інтересів, уподобань
5	Порушення в процесі діяльності	Низька ефективність діяльності; аварійність, травматизм із вини військовослужбовця; швидка втомлюваність, розсіювання уваги, розгубленість; загальмованість або метушливість, безладність, імпульсивність дій
6	Порушення дисциплінарних і соціальних норм	Схильність до сперечань і невиконання розпоряджень; порушення посадових вимог, невірне виконання наказів і доручень; сексуальні відхилення, нерозбірливі статеві зв'язки; випадки суїцидальних дій, схильність до нечесності, крадіжок; ухилення від військової служби; неохайність
7	Порушення міжособистісних відносин	Агресивна поведінка по відношенню до товаришів по службі; конфліктність, озлобленість, грубість; ізольованість у групі; зневажливе ставлення до значущих для групи, колективу цілей; підозрілість, помисливість, недовірливість; нездатність протистояти впливу оточуючих; зайва сором'язливість, боязкість, підвищена чутливість вразливості; претензії на винятковість, потреба в загальній увазі, захопленні

### *Додаткові ознаки*

Крім зазначених в таблиці 1.5 ознак нервово-психічної нестійкості (НПН), під час спостереження необхідно звертати увагу на такі передпатологічні й патологічні порушення:

- загальна слабкість;
- підвищена втомлюваність;
- порушення сну, ходіння під час сну;
- часті головні болі, запаморочення, знепритомнення;
- судомні припадки;
- енурез;
- серцебиття при відсутності захворювань серцево-судинної системи;
- надмірна боязкість, необґрунтований песимізм, зневіра у своїх силах, страхи;
- фіксованість на стані здоров'я;
- різке збліднення або почервоніння шкірних покривів;
- порушення ритму дихання під час хвилювання;
- схильність до закрепів або до частого випорожнення чи сечовипускання;
- уповільнений темп дій;
- демонстративні суїцидальні спроби, членоушкодження;
- зниження пам'яті, обмеженість уваги, неадекватність, нелогічність, в'язкість мислення.

Перед застосуванням методу спостереження командир (спостерігачу) варто знати, що переживання, які виникають у будь-якого військовослужбовця, певним чином віддзеркалюються в його зовнішності і рухах. Із великої різноманітності станів, що виникають у військовослужбовців, можна виділити такі (таблиця 1.6):

Таблиця 1.6

## Зовнішні прояви емоційних станів

Ділянка спостереження	Оптимальний стан (за умови підвищених психічних навантажень (адекватна реакція))	Стан перезбудження	Стан загальмованості
Рот, брови, загальний вираз обличчя	Незначні рухи губами, більш суворий вираз обличчя	Губи сильно стиснуті, щелепні м'язи напружені, заклопотаний вираз обличчя, брови сильно зближені до перенісся	Губи стиснуті, кути рота опущені, брови зближені до перенісся. Страждальний вираз обличчя
Очі	Спокійний уважний погляд	Неспокійні очі, напружений погляд, часте моргання	Похмурий, незадоволений погляд
Колір шкіри обличчя	Легке почервоніння	Значне почервоніння або блідість	Помітне почервоніння й поява плям
Рухи рук	Легкий тремор	Яскраво виражений тремор, збільшення амплітуди й швидкості руху, зниження їх точності; метушливість	Мляві, пасивні, зниження амплітуди, швидкості й точності рухів; скутість
Дихання	Помітне збільшення частоти	Прискорене, поверхневе	Дихання стає сповільнене, іноді з затримками
Інтонація голосу	Підвищення гучності й швидкості мови. Збереження звичної емоційної виразності	Мова більш гучна, швидша, ніж зазвичай. Посилення високих тонів, інтонації гніву. Порушення синтаксичного порядку речень. Раптові зупинки в мові	Мова емоційно невиразна, більш тиха й повільна, ніж зазвичай. Розтягування слів, перехід на шепіт. Поява пауз, інтонації невдоволення, "пригніченості"

Особливості поведінки	Захопленість (виконанням завдання, розмовою з колегою); активність	Поганий самоконтроль. Яскраво виражена бравада, грубість, самовпевненість	Прагнення до обмеження контактів. Апатія, сонливість, байдужість
-----------------------	--	---	--

Спостереження починається з першого знайомства з військовослужбовцями. Вже в цей час можна досить чітко відстежити товариськусть або замкнутість, жвавість, веселість або схильність до зневіри, тривожну заклопотаність або навмисну браваду, підкреслену делікатність або те, як швидко втрачається відчуття дистанції, неквапливість або метушливість у думках і діях, балакучість або обережність та обачність у відповідях, стриманість у прояві почуттів або високу емоційну збудливість.

Під час соціально-психологічного вивчення спостерігач також повинен звертати увагу на наступне:

**1. Особливості ходи:**

- швидка хода з розмахуванням рук вказує на енергійність, цілеспрямованість, рішучість;
- повільна хода з опущеним поглядом, ледве волочачи ноги, може вказувати на пригнічений стан, депресію;
- маленькі кроки високої людини свідчать про її повільність, нерішучість, боязкість, сором'язливість;
- занадто широкі кроки низькорослого військовослужбовця можуть свідчити про підвищену емоційну збудливість;
- підкреслений інтенсивний рух руками, піднесене підборіддя, ноги – немов дерев'яні, хода – вимушена, розрахована на те, щоб справити враження, вказують на самовдоволення, демонстративність, помпезність, які властиві даному індивіду;
- стрімка хода, руки на стегнах – можуть свідчити про спалахи енергії, прагнення якнайшвидше досягти своїх цілей;

– дуже повільна хода в медитативній позі (голова опущена, руки зімкнені ззаду, задумливий вираз обличчя) вказує на заклопотаність у вирішенні якоїсь проблеми.

## **2. Вираз обличчя:**

– агресивно-жорстка людина, як правило, дивиться прямо в очі, при цьому її очі широко відкриті, губи стиснуті, брови насуплені, розмовляє крізь зуби, при цьому майже не рухає губами;

– м'яка, поступлива людина дивиться з-під прикритих повік, не витримує погляду в упор;

– у процесі спілкування співрозмовники дивляться один одному в очі в середньому від 30 до 60% часу. Люди з розвиненим абстрактним мисленням прагнуть до більшої кількості й тривалості контактів очей у порівнянні з конкретно мислячими індивідуумами;

– з іншого боку, коли люди відчують злість, агресію або захищаються, тривалість зорових контактів різко зростає;

– переважно людина відводить очі тоді, коли задає запитання, від яких вона відчуває себе незручно, або почуває за це провину;

– симетрія у відображенні емоцій і почуттів на обличчі свідчить зазвичай про їх щирість, і навпаки, чим більше фальші, тим більше відмінностей в міміці правої та лівої половини обличчя.

За загальним поєднанням невербальних ознак можна, наприклад, із досить великою точністю діагностувати у військовослужбовців стани впевненості або занепокоєння, правдивості або брехливості (таблиця 1.7).

*Таблиця 1.7*

### **Невербальні ознаки впевненості-занепокоєння**

Ознаки впевненості	Ознаки занепокоєння
Вторгнення в інтимну зону співрозмовника (від 45 до 15 см)	Прагнення вести бесіду на межі особистої зони (від 45 см до 1,2 м)
Жести долонею вниз, перстовказуючі жести	Жести долонею вгору з розведеними пальцями
При рукостисканні – долонею вниз, рука пряма. Рукостискання міцне й енергійне. Рука суха, тепла	При рукостисканні – долонею догори, рука зігнута. Рукостискання мляве, слабке. Рука волога, холодна

*Продовження таблиці 1.7*

Рукоштовання з використанням обох рук (ліва рука охоплює зап'ястя, лікоть, передпліччя, плече)	Відсутність рукоштовання або коротке рукоштовання кінчиків пальців
Розведені пальці рук	Зімкнені пальці рук
Шпилевидне розташування долонь і пальців рук	Пальці в роті, гризе нігті
Закладання рук за спину: рука в руці	Закладання рук за спину: захоплення зап'ястя, ліктя
Акцентування великих пальців рук: закладання їх за ремінь, лацкани, в кишені	Захист рота рукою, покашлювання
Закладання рук за голову	Дотик до носа, вуха, відтягування комірця
Схрещення рук на грудях із демонстрацією великих пальців: пальців, стислих в кулак	Схрещення рук на грудях, долоні під пахвами
Руки на стегнах	Поправляння манжетів, браслетів, годинника, вертіння гудзиків, авторучки, портмоне
Закидання ноги на ногу з охопленням ноги руками	Схрещення ніг, притиснення щиколоток одна до одної
Сидіння верхи на стільці	Сидіння на краєчку стільця
Погляд зосереджений на партнері 2/3 часу розмови	Відведення очей у бік, очі "бігають"
При курінні дим спрямовується вгору, вибуває через ніздрі, голова – вгору	При курінні дим іде донизу, голова – вниз
Розкута поза	Нахил тулуба вперед, опущені голова й плечі
Прагнення копіювати жести співрозмовника	Статичність пози або навпаки – вовтузіння на місці
Прагнення зменшити кут між площинами тіл під час бесіди	Прагнення збільшити кут між площинами тіл під час бесіди (відвернутися)
Повернені вгору, розкриті співрозмовнику долоні, пальці розставлені	Повне або часткове прикривання ділянки рота долонею, пальцями
Прямий погляд не нижче рівня очей співрозмовника	Дотик пальцями до носа, куточків губ, щік
Нахил корпусу вперед у бік співбесідника	Ховання рук у кишенях, схрещення рук на грудях, на животі, за спиною (якщо це не з міркувань комфортності)

*Продовження таблиці 1.7*

Руки не зчеплені, жести вільні	Перебільшена жестикуляція або її повна відсутність (руки міцно стискають підлокітники крісла)
Знімання окулярів при розмові, жестикуляція ними	Удаване покашлювання
Скорочення відстані й кута між партнерами (зайняття положення навпроти)	Відведення погляду в бік
Часта доброзичлива усмішка	Потирання пальцем повік, брів. Відтягування, поправлення комірця
Злегка розведені руки й ноги, голова прямо, плечі вільно опущені	Натягнута усмішка, зціплені зуби
Розстебнутий піджак, нога висунута в бік партнера, долоні простягнуті вперед до співрозмовника	Співрозмовник менше 1/3 часу дивиться партнеру в очі, часто відводить погляд
Прикладання розкритої долоні в ділянці серця	Потирання долонею шиї нижче потилиці

Спостереження в ході бесіди або психологічного обстеження також дає можливість виокремити низку ознак, що свідчать про нервово-психічну нестійкість військовослужбовця. До них належать: розв'язна поведінка, легка дратівливість, запальність, нетерплячість і метушливість, театральність, демонстративність, сором'язливість, замкнутість, плаксивість, незручність, незграбність і різкість рухів, скутість пози, незручна посадка, невмотивовані рухи руками й ногами, часте моргання, сіпання повік або щік, закушування губ, почервоніння шкірних покривів обличчя й шиї, підвищена пітливість. Ознаками недостатньої кмітливості й тямущості військовослужбовця є, з його боку, питання не по суті, вираз розгубленості й переляку, часте звертання до товаришів за роз'ясненнями, запізнення, затримка з початком роботи або її припинення під час тестування, примітивність висловлювань.

***Метод спостереження має певні переваги й недоліки.***

До переваг спостереження належать:

➤ значний обсяг інформації, яку збирають (забезпечує аналіз вербальної та невербальної інформації, дій, рухів, вчинків тощо);

- збереження природності умов діяльності, в яких об'єкт спостереження почувається невимушено;
- можливість використовувати різноманітні технічні засоби;
- необов'язкове отримання попередньої згоди військовослужбовців;
- дозволяє безпосередньо охопити й зафіксувати акти поведінки;
- надає можливість одночасно стежити за поведінкою низки осіб по відношенню один до одного або до певних завдань, предметів тощо;
- дозволяє провести дослідження незалежно від готовності суб'єктів, за якими ведеться спостереження.

*Недоліками* методу спостереження вважають:

- підпорядкованість суб'єктивній позиції спостерігача, оскільки результати залежать від досвіду, кваліфікації, інтересів, пристрастей, працездатності спостерігача;
- неможливість контролювати ситуацію, втручатися в перебіг подій без їх перекручувань;
- значні витрати часу через те, що спостерігача цікавить не будь-який прояв поведінки військовослужбовця, а конкретний, і він змушений очікувати тих форм поведінки чи психічних фактів, яких він потребує. Крім того, необхідно переконатися в типовості отриманих даних спостерігача, що вимагає проведення тривалих та повторних спостережень, а також застосування інших методів;
- загроза сплутати основне з другорядним, оскільки існує підсвідоме виокремлення в спостереженні важливих для спостерігача елементів і несвідоме ігнорування інших.

Для мінімізації недоліків методу спостереження перед його застосуванням слід добре засвоїти типові помилки, які найчастіше допускають спостерігачі:

- 1) прагнучи підтвердити свою гіпотезу, спостерігач іноді неусвідомлено ігнорує все, що може їй суперечити;



- 2) змішування головного і другорядного, випадкового і закономірного в процесі спостережень;
- 3) передчасність узагальнень і висновків;
- 4) оцінка одного психічного феномена робиться на підставі ознаки поведінки, що відноситься до іншого феномену;
- 5) акцентування уваги спостерігача відбувається на протилежних йому рисах характеру або формах поведінки, що спостерігаються у підлеглих;
- б) визначальний вплив на підсумки спостереження першого враження про людину або групу;
- 7) неприйняття до уваги можливих мотивів дій, самопочуття спостережуваних, значущих змін умов ситуації.

Отже, метод спостереження є одним із найважливіших у психології. Точність його результатів залежить від чіткості поставлених завдань, компетентності та об'єктивності спостерігача, наявності в нього досвіду проведення спостережень тощо.

### **1.5. Вивчення особового складу в ході індивідуальних бесід**

Серед основних, найбільш поширених і доступних, методів соціально-психологічного вивчення, окрім спостереження, не менш значущою з практичної точки зору є *бесіда*. ***Бесіда*** – метод соціально-психологічного вивчення, що дозволяє в ході вільного та відносно нерегламентованого спілкування отримати додаткову інформацію, яка може уточнювати та доповнювати дані за іншими методами соціально-психологічного вивчення. Крім того, бесіда є єдиним методом, який дозволяє безпосередньо отримати інформацію про думки, переваги й точки зору військовослужбовця, його уявлення про себе та про те, як він сприймає навколишню дійсність. В окремих випадках бесіда являє собою основний засіб отримання фактичних даних. Особливо незамінною вона може бути в тих випадках, коли інші методи не можуть бути застосовані в принципі, наприклад, у районі ведення бойових дій.

Залежно від цілей використання даного методу бесіда може

бути ознайомчою, діагностичною, експериментальною, профілактичною тощо.

Мета бесіди полягає в перевірці та уточненні під час безпосереднього спілкування зі співрозмовником низки незрозумілих для командира (психолога) питань, що виникли в процесі соціально-психологічного вивчення.

Особливість бесіди виявляється в тому, що завдяки безпосередньому контакту зі співрозмовником є можливість, не змінюючи мети, переформулювати запитання. Характер, повнота й глибина отриманих у процесі бесіди відомостей значно залежать не тільки від змісту та форми запитань, а й від особливостей міжособистісних стосунків, які встановлюються при цьому. Тому співрозмовник повинен відчувати, що його розуміють і доброзичливо ставляться до нього.

Для командира важливо знати, що за допомогою бесіди можна отримати інформацію, яку важко передбачити в анкетах і тестах, проте проведення бесіди вимагає від командира, інших посадових осіб, котрі її проводять, достатньо високого рівня професіоналізму. Особа, яка проводить бесіду, за наявності вихідних позитивних якостей, має більше шансів викликати прихильність до себе, уникнути ігнорування запитань та отримати очікуваний результат.

Зазвичай процес бесіди не супроводжується заповненням протоколу. Однак, за необхідності, потрібно робити для себе деякі помітки, що дозволять після закінчення роботи повністю відновити весь хід бесіди.

Проведенню бесіди має передувати певна підготовка, яка передбачає:

- конкретне визначення посадовою особою мети та плану проведення бесіди;
- попереднє ознайомлення з особовою справою підлеглого, з яким планується проведення бесіди;
- чітке планування системи запитань, яка має відповідати індивідуально-психічним особливостям досліджуваного, бути зрозумілою, динамічною та конкретною;

– визначення зручного часу й місця проведення бесіди, мінімізування впливу чинників, що можуть завадити спілкуванню.

Результат бесіди здебільшого залежить від ретельності підготовки до неї та від дотримання певних правил під час її проведення. Тому **під час бесіди** командир (або іншій посадовій особі, яка її проводить) **необхідно дотримуватися** таких умов:

- не проводити бесіду поспіхом, у збудженому стані;
- вести бесіду так, щоб співрозмовник бачив перед собою не командира (іншу посадову особу), а людину, яка виявляє розуміння та непідробний інтерес до його життя, думок, сподівань тощо;
- вміти вислуховувати й чути;
- проявляти тактовність по відношенню до співрозмовника, уникати некоректних запитань, враховувати його настрій та суб'єктивний стан;
- приймати та враховувати думки співрозмовника;
- формулювати запитання чітко, ясно, з огляду на ступінь компетентності співрозмовника;
- підбирати й ставити запитання в зрозумілій формі, що спонукає військовослужбовців давати на них розгорнуті відповіді;
- під час бесіди запитання мають бути як прямі, так і опосередковані;
- розмовляти тільки з питань, безпосередньо пов'язаних із проблемою, що вивчається;
- необхідно уникати неконкретних запитань;
- під час бесіди зміст запитань має залежати від змісту відповідей військовослужбовця;
- не слід зловживати коментарями, висловлювати їх якомога рідше, обережніше й завжди продумано;
- щоденник психологічного спостереження (робочий блокнот), як форму реєстрації результатів дослідження, найкраще заповнювати після закінчення бесіди;
- крім отримання потрібної інформації, важливо застосовувати позитивний психологічний вплив, ділитися корисними порадами;

➤ на завершення бесіди бажано зняти психологічне напруження, якщо воно з'явилося, та створити таку атмосферу, щоб військовослужбовець залишив у своїй пам'яті позитивні спогади про розмову.

*Аналіз відповідей на запитання здебільшого залежить від уміння офіцера, який проводить бесіду, уважно слухати співрозмовника. **Слухання** – це активний процес сприйняття інформації, що потребує наявності складного комплексу вмінь, якими людина оволодіває протягом усього життя. Слухання (уважне мовчання) – прийом, який використовується на початку розмови та проявляється в умінні уважно мовчати, не перебиваючи співрозмовника, не втручаючись у те, що він каже. Перебивання співрозмовника перекручує повідомлення та порушує процес спілкування. Щоб навчитися слухати співрозмовника, необхідно дотримуватись таких умов:*

- підтримувати постійну увагу та стійкий візуальний контакт;
- використовувати мову активних поз та жестів;
- уміти уважно мовчати;
- обмежувати кількість запитань;
- звертатися до співрозмовника за уточненнями;
- вміти перефразувати його думку та резюмувати інформацію;
- використовувати психологічний мікроклімат та активне слухання;
- уміти запам'ятовувати почуте та побачене.

Під час бесіди офіцер, який її проводить, з метою отримання бажаних результатів, має бути дружелюбним, чемним, комунікативним, об'єктивним. Він повинен проявляти серйозний інтерес до думки співрозмовника, стримуватися від будь-яких критичних суджень щодо відповідей опитуваного, не засуджувати його висловлювань, не нав'язувати й не розкривати своїх думок щодо запитань. Він повинен створити й весь час підтримувати таку психологічну атмосферу, в якій військовослужбовець відчував би, що його добре розуміють і що він може не соромлячись виражати свою думку, без остраху догани, іронії, насмішки. Для

використання методу бесіди в практичній діяльності необхідно знати, що вона може бути формалізованою (стандартизованою) та неформалізованою (нестандартизованою). *Формалізована* бесіда передбачає стандартну постановку запитань і реєстрацію відповідей на них, що дає змогу чітко групувати й аналізувати отриману інформацію. *Неформалізована* бесіда проводиться за більш гнучкою схемою, що дає можливість послідовно ставити запитання, ґрунтуючись на ситуації, яка склалася. В ході такої бесіди, як правило, можна досягти тісного контакту між офіцером, який проводить бесіду, і співрозмовником, що сприяє отриманню більш повної інформації.

**Метод бесіди застосовується** як під час первинного та поглибленого вивчення особового складу, так і в процесі динамічного вивчення військовослужбовців, на всіх етапах військово-професійної діяльності.

Так, при первинному та поглибленому вивченні застосування бесіди дозволяє зібрати дані, які не зазначені в особовій справі, доповнити, уточнити, розширити та контролювати дані, отримані із застосуванням інших методів.

Основними діагностичними блоками під час проведення бесіди для отримання та уточнення необхідної інформації про військовослужбовця можуть і повинні бути такі відомості:

- 1) біографічні дані;
- 2) склад, умови життя членів сім'ї;
- 3) орієнтованість в подіях, що відбуваються в країні та за кордоном;
- 4) час, місце й характер навчання або роботи за спеціальностями, спорідненими конкретній військовій посаді, навички організаторської роботи;
- 5) захоплення (хобі) на момент бесіди та в минулому, особливі звички, стосунки з оточуючими;
- 6) порушення поведінки в минулому (прогули, дрібне хуліганство, випивки, втечі з дому, приводи до поліції і т. п.);

7) перенесені захворювання й травми, наявність скарг на стан здоров'я, порушення сну, апетиту тощо;

8) найбільш неприємні події в минулому житті та реакція на них (думки про самогубство); який настрій переважає у зв'язку з відривом від сім'ї, ставлення до труднощів армійського життя;

9) наявні сімейні проблеми;

10) фінансові проблеми (оплата лікування рідним, недостатня забезпеченість у сім'ї, борги та ін.);

11) ставлення до алкоголю та наркотиків;

12) ставлення до тих, хто оточує, і до осіб протилежної статі;

13) ставлення до військової служби.

Результати бесіди допомагають скласти психологічний портрет військовослужбовця, на основі якого будується подальша індивідуальна робота з ним і розробляються рекомендації командирам і начальникам. За наявності критичних ознак приймається рішення щодо включення до складу ГППУ.

Узагальнення змісту індивідуальних бесід, проведених за єдиним задумом, дозволяє отримати за прізвищами списки складу мікрогруп, інформацію про їхніх лідерів, дані про їх спрямування, впливовості, взаємозв'язки тощо.

Для виявлення картини групування військовослужбовців підрозділу на основі земляцтва, національності або за будь-якою іншою ознакою активно використовується *метод групової бесіди*. На початку бесіди повідомляється, що її метою є пошук шляхів створення здорової психологічної атмосфери в підрозділі.

На етапі **перед відбуттям підрозділу в район виконання завдань за призначенням**, проведення бесіди дозволяє отримати необхідну додаткову інформацію про військовослужбовців, стосовно яких виникають певні сумніви та запитання. Крім того, під час бесіди можна дізнатися думки співрозмовника про стан справ у підрозділі, про те, як він оцінює товаришів по службі, начальників, що допоможе командирі уникнути помилок під час прийняття рішень. На цьому етапі бесіди проводяться за необхідності, з певними військовослужбовцями, за рішенням командира (психолога).

Метод бесіди на етапі виконання завдань за призначенням, у поєднанні зі спостереженням, дає можливість командирів своєчасно виявити військовослужбовців, які внаслідок впливу бойових стрес-чинників мають зміни в поведінці, неадекватно реагують на накази командира, потребують тимчасового відсторонення від бойової діяльності або термінової ізоляції з поля бою і консультації медичного психолога чи психіатра.

Отримана під час бесіди інформація дозволяє командирів виявити підлеглих, які потребують психологічної підтримки, першої психологічної допомоги, визначити військовослужбовців, яких необхідно відсторонити від участі в бою та забезпечити їх кваліфікованою допомогою відповідних фахівців. На цьому етапі краще використовувати діагностичну експрес-бесіду.

*Діагностична експрес-бесіда* полягає в постановці перед військовослужбовцем, що демонструє неадекватну бойовій ситуації поведінку, запитань, що дозволяють оцінити ступінь його орієнтованості в просторово-часових і тактичних елементах бойової обстановки, а також у власній особистості. Як правило, задаються прості, короткі, доступні для розуміння в екстремальній обстановці запитання:

- Хто Ви?
- Яке Ваше прізвище, ім'я, по батькові?
- З якого Ви підрозділу?
- Яке завдання виконуєте?
- Як довго Ви тут знаходитесь?
- Де знаходяться командир і особовий склад підрозділу?

Де противник?

- Що збираєтеся робити далі? і т. д.

В ході бесіди фіксуються: наявність відповідей, їх адекватність, час, що витрачається військовослужбовцем на обдумування відповіді, невербальні прояви тощо.

Військовослужбовцям, які дали адекватні відповіді на поставлені запитання, що демонструють збереження орієнтування в бойовій обстановці та власній особистості, надається психологічна

підтримка (за необхідності – перша психологічна допомога). Ті, хто втратив орієнтування в своїй діяльності, за рішенням командира та військового лікаря усуваються від виконання бойових завдань або евакуюються до шпиталю. Останні складають категорію “психогенних втрат”.

**На етапі психологічного відновлення після повернення особового складу з району виконання завдань за призначенням,** після прибуття до пунктів постійної дислокації командири (начальники) військових частин у планах відновлення бойової готовності (боездатності) передбачають, в перші дні проведення індивідуальних бесід з метою встановлення проблемних питань військовослужбовців та тих, у кого були ознаки девіантної поведінки під час виконання завдань у складі ООС, встановлення індивідуальних запитів, потреб. Проведення дебрифінгів у складі підрозділу, який спільно виконував бойові завдання. Результати проведених заходів заносяться в карти психологічного супроводу (Додаток 2).

На цьому етапі також доцільно застосовувати діагностичні бесіди (клінічне інтерв'ю, бесіда з метою виявлення суїцидальних схильностей).

Додаткова отримана інформація дозволяє більш якісно здійснити так зване сортування (сортувальні категорії прописані в параграфі 1.4).

Посадовим особам, які проводять бесіди, необхідно пам'ятати, що *з метою підвищення їх результативності необхідно дотримуватися низки постійних структурних блоків*, послідовне слідування якими забезпечує бесіди повну цілісність.

**Перший етап бесіди (вступна частина)** – полягає в зацікавленні співрозмовника, налаштуванні його на спільну роботу. Якщо ініціатором бесіди є не командир (психолог), а його співрозмовник, який звернувся з приводу своїх проблем, то вступна частина бесіди повинна виразно продемонструвати таке: психолог тактовно й дбайливо ставиться до позицій співрозмовника, нічого не засуджує, але й не виправдовує, приймає його таким, який він є.



Неможливо надати готовий алгоритм вступної частини бесіди (набір фраз і висловів). На цьому етапі важливі наявність чіткого уявлення про мету та завдання бесіди, їх послідовна реалізація. Встановлення контакту зі співрозмовником дозволяє переходити до наступного, другого етапу.

**Другий етап бесіди** характеризується використанням загальних відкритих запитань за темою бесіди, сприянням до вільних висловів співрозмовника, викладу ним своїх думок, переживань тощо. Накопичується певна фактична інформація. Успішне виконання цього завдання дозволяє перейти до наступного етапу.

**Третій етап (докладне обговорення основної теми бесіди).** Від загальних відкритих запитань здійснюється перехід до більш специфічних, конкретних. Це кульмінація бесіди, один із найскладніших її етапів, оскільки тут все залежить тільки від особи, яка проводить бесіду, від її уміння ставити запитання, слухати відповіді, спостерігати за поведінкою співрозмовника. Зміст етапу повністю визначається конкретними цілями й завданнями даної бесіди.

**Четвертий етап (завершуюча фаза)** – закінчення бесіди. Перехід до неї можливий після успішного й достатньо повного проведення попереднього етапу. Як правило, тут у тій або іншій формі робляться спроби зменшити напругу, що виникає в ході бесіди, висловлюється вдячність за співпрацю. Якщо бесіда в подальшому матиме продовження, то її завершення має зберегти налаштування співрозмовника на майбутнє відверте спілкування.

Звичайно, описані етапи бесіди не мають жорстких меж. Переходи між ними є поступовими й плавними. Проте “перескакування” через окремі етапи може призвести до різкого зниження достовірності отримуваних даних, порушити процес діалогу співрозмовників. Під час бесіди використовуються такі **види запитань:**

– закриті запитання з варіантами відповіді “так” або “ні”; їх використовують, коли необхідно заручитися згодою

військовослужбовця, уточнити деякі факти та прискорити отримання інформації;

- відкриті запитання, які потребують певного роз'яснення; їх задають, коли потрібно отримати додаткову інформацію, виявити реальні мотиви та позицію військовослужбовця;

- риторичні запитання для більш глибокого вивчення проблеми або у випадках, коли інформацію поділяють за напрямками;

- переломні запитання – утримують бесіду в потрібному напрямку або порушують комплекс нових проблем; їх задають, коли отримано достатньо інформації з однієї проблеми й треба перейти до розгляду іншої;

- запитання для обмірковування, що спонукають військовослужбовця до роздумів та коментування того, що було сказано.

Метод бесіди має свої **переваги й недоліки**:

*До переваг бесіди відносять:*

- можливість враховувати інтелектуальний та професійний рівні військовослужбовця під час проведення бесіди з метою підвищення її інформативності;

- можливість визначати ставлення до питання, що обговорюється під час бесіди або окремих його аспектів;

- можливість гнучко змінювати формулювання запитань, якщо в цьому є потреба;

- можливість поставити додаткові запитання – уточнюючі, контрольні, пояснюючі тощо;

- невимушена обстановка спілкування, що спонукає до щирих відповідей;

- можливість аналізувати невербальні реакції військовослужбовця, яка надасть змогу зробити додатковий висновок про достовірність відповідей.

*Недоліками бесіди є:*

- значні часові витрати, що має особливе значення при роботі з великою кількістю підлеглих;

- необхідність високих професійних навичок для проведення результативної бесіди;
- можливість порушення об'єктивності з боку командира залежно від його особистості, професійного вміння та досвіду.

Крім того, переваги й недоліки залежать від типу бесіди (таблиця 1.8).

*Таблиця 1.8*

Психологічні характеристики типів бесід

Тип бесіди	Основні ознаки та можливість застосування	Переваги	Недоліки
Стандартизована	Жорсткі програма, стратегія й тактика. Застосовують у тому випадку, якщо командиром (психологом) уже встановлено контакт зі співрозмовником, проблема нескладна й має приватний характер.	Дає можливість порівняння різних військовослужбовців; бесіди такого типу є більш гнучкими щодо часу, можуть спиратися на менший клінічний досвід психолога та обмежувати ненавмисний вплив на співрозмовника.	Видається не зовсім природною процедурою, обмежує безпосередність і активізує захисні механізми.
Частково стандартизована	Жорсткі програма й стратегія, тактика значно вільніша. Застосовують у тому випадку, якщо вже встановлено контакт зі співрозмовником, проблема нескладна і має приватний характер.		

Нестандартизована	Програма й стратегія завчасно не визначені або визначені тільки в загальних рисах, тактика цілком вільна. Застосовується в разі досить тривалого спілкування зі співрозмовником, можливе застосування в психотерапевтичному процесі	Орієнтована на конкретного співрозмовника. Дозволяє отримувати безліч даних не тільки прямим, але й непрямим способом, підтримувати контакт зі співрозмовником, відрізняється сильним психотерапевтичним змістом, забезпечує високу спонтанність прояву значущих ознак. Характеризується високими вимогами до професійної зрілості та рівня компетентності командира (психолога), його досвіду	Обмеження в застосуванні, що стосуються професійної зрілості та компетентності командира (психолога)
-------------------	---	--	--

Під час проведення бесіди необхідно **стежити за недопущенням помилок**, які можуть суттєво вплинути на результати роботи. Найбільш типові помилки:

- командир (психолог), який проводить бесіду, зорієнтований на процес, а не на результат;
- віддає перевагу процесу розмови, бути в центрі уваги – найважливіше для нього;
- ставить багато зайвих запитань;
- підкреслює свою значущість, кваліфікацію, досвід;
- приділяє зайву увагу другорядним деталям;
- не чує співрозмовника.

### ***Приклад із практики***

*Події, які відбувалися на підконтрольній ворогу території.*

*Капітан К. за час проходження військової служби зарекомендував себе врівноваженим, упевненим, не особливо чутливим до впливу зовнішніх факторів військовослужбовцем із високою самооцінкою та стійкою нервовою системою.*

*Командир підрозділу включив капітана К. у групу, яка повинна була виконати неспецифічну задачу: здійснити обмін вантажем 200 з бойовиками на непідконтрольній нам території. Обмін проходив на відкритій місцевості. Під час зустрічі бойовики морально принижували честь та гідність капітана К. (він був призначений старшим групи), погрожували та глузували з нього. Офіцер ніяк не реагував на все, що відбувається, та не вчиняв ніяких дій. Поставлена задача була виконана, обмін відбувся.*

*Після повернення до пункту дислокації, капітан К. втратив контроль над собою, зачинився в кімнаті, плакав, кричав та відмовлявся від будь-якої допомоги. Здавалося, що він “заплутався” та ніби не розумів, що відбувається навколо та де він сам знаходиться. Мова військовослужбовця змінилася: він став заїкатися, повторювати слова, його голос “стрибав”. Після цієї події військовослужбовець не зміг повноцінно виконувати свої службові обов’язки.*

*Застосовуючи метод спостереження психолог помітив зміни в поведінці офіцера, яка була йому зовсім не властива, провів з ним неструктуровану бесіду. Проаналізувавши отримані дані він зробив відповідні висновки та доповів їх командирю.*

*Командиром частини було прийняте рішення про направлення капітана К. до медичної частини.*

## **РОЗДІЛ 2**

### **ПСИХОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ**

Психологічна діагностика – це і теоретична дисципліна, і сфера практичної діяльності психолога. Психологічна діагностика є основним інструментом глобального оцінювання, який дає змогу командуванню визначити потенційну боєздатність не тільки кожного військовослужбовця, але й кожного окремого підрозділу, що може допомогти під час прийняття оперативних управлінських рішень.

#### **2.1. Психодіагностика – предмет, задачі, вимоги до організації її проведення**

Психологічна діагностика – застосування конструктивних методів оцінки, виміру, класифікації психологічних і психофізіологічних особливостей особистості, кінцевим результатом яких є психологічний висновок (інформація про сутність індивідуальних психологічних особливостей особистості, що отримується з метою оцінки їх актуального стану, прогнозу подальшого розвитку, розроблення висновків та рекомендацій). Мета психологічної діагностики залежить від того, на якому етапі практичної діяльності вона здійснюється.

Психологічна діагностика проводиться: в Територіальних центрах комплектування і соціальної підтримки, військових комісаріатах, навчальних центрах та військових частинах, а також на етапі підготовки; перед відправкою підрозділу в район виконання завдань за призначенням (ведення бойових дій); під час виконання завдань за призначенням (бойових завдань); на етапі повернення з району виконання завдань за призначенням.

Психодіагностичні заходи можуть здійснюватися як в індивідуальній, так і в груповій формах.

Психодіагностичні методики надають можливість зібрати

діагностичну інформацію у відносно короткі терміни. Вони надають інформацію не взагалі про людину, а лише про ті чи інші її конкретні особливості (інтелект, тривожність, самооцінку, почуття гумору, найбільш характерні особистісні риси і т. д.). Інформація, яка отримується, дозволяє робити якісне та кількісне порівняння обстежуваного індивіда з іншими людьми. Інформація, що отримується за допомогою психодіагностичних методик, корисна з точки зору вибору засобів втручання, прогнозу їх ефективності, а також прогнозу ефективності тієї чи іншої діяльності військовослужбовця.

У роботі з психодіагностичним інструментарієм практичну значущість має знання, розуміння та дотримання низки правил його застосування, знання етичних та професійних норм діагностичної роботи, наявність достатнього рівня професійної компетенції, діагностичних практичних навичок та інтуїції, вміння кваліфікувати результати, отримані під час проведення психологічного обстеження, здійснювати їх інтерпретацію та враховувати їх при зіставленні індивідуальних даних із нормативами. У процесі застосування психодіагностичних процедур необхідно враховувати мотивацію військовослужбовців на обстеження, знати способи її підтримки, вміти оцінити стан обстежуваного в цілому, знати, як повідомити інформацію військовослужбовцю про нього самого (з роз'ясненням) та інше.

Психологічна діагностика повинна відповідати стандартам і протоколам її проведення.

Психологічна діагностика військовослужбовців повинна здійснюватися з урахуванням таких вимог до її організації та проведення:

- проводиться в службовий час з урахуванням розпорядку дня військової частини (установи) та за умов добровільної згоди військовослужбовця, що підтверджується в його письмовій заяві (Додаток 3);
- в приміщеннях, де проводяться психодіагностичні заходи, забезпечуються умови для вільного висловлювання думки

кожним військовослужбовцем, відсутність сторонніх осіб та шуму;

- використовується апробований діагностичний інструментарій;
- заповнені бланки для відповідей, документація з узагальненими результатами психологічної діагностики та психологічними висновками повинні зберігатися в сейфах (металевих шафах) командирів (психологів), електронна база даних досліджуваних повинна бути захищеною системою паролів;
- здійснюється регулярний контроль за оформленням і зберіганням документів;
- тривалість психологічної діагностики та обстеження військовослужбовців не повинна перевищувати 90 хвилин;
- за результатами проведення психологічної діагностики складається психологічний висновок та рекомендації.

## **2.2. Психодіагностика військовослужбовців в армії США**

Двічі на рік у армії США оцінюють психологічний і фізичний стан військовослужбовців із використанням інструменту Глобального оцінювання (Global Assessment Tool GAT 2.0), що інтегрує психометричні методики в поєднанні з результатами фізіологічних функціональних проб та результатами Армійського тесту фізичної підготовки (Army Physical Fitness Test – APFT).

Існує Онлайн система GAT 2.0, яку використовують для програми індивідуального саморозвитку військовослужбовців, цивільного персоналу та членів їх сімей. Кожен аспект (вимір) онлайн-оцінки стану ґрунтується на валідних психометричних методиках у чотирьох основних сферах: *емоційній, соціальній, сімейній та духовній*.

Завдяки інтеграції результатів оцінювання GAT 2.0 з електронними базами даних персоналу армійське командування й науково-дослідні підрозділи можуть швидко оцінювати психологічні та фізіологічні результати проведених тренувань, навчальних занять, стан окремих військовослужбовців або цілих



підрозділів перед виходом на бойове завдання або після повернення із зони бойових дій. Застосування глобального оцінювання дає змогу командуванню визначити потенційну боєздатність кожного окремого підрозділу. Програма глобального оцінювання GAT 2.0 – це перший модуль програми CSF2, яка включає перманентне супроводження військовослужбовців, членів їх сімей і цивільного персоналу у вигляді регулярного тестування, навчання прикладним психологічним практикам, проведення тренінгів для вироблення механізмів стійкості, підвищення якості й насиченості емоційних, соціальних та духовних аспектів життя за допомогою безперервного саморозвитку. Модель програми CSF2 передбачає вихід за межі виключно професійного життя, пропонуючи цілісну програму особистісного зростання й розвитку.

У ході індивідуальної роботи за програмою CSF2 після первинного оцінювання свого стану користувач може перейти в закриту соціальну мережу інтерактивного саморозвитку програми CSF2 ArmyFit™ та отримати інформацію, допомогу й підтримку онлайн від експертів за кожним із п'яти аспектів (фізичним, емоційним, соціальним, сімейним або духовним) професійного або особистого життя.

Військовослужбовцям на підставі результатів тестування пропонують індивідуальні програми саморозвитку з проведенням проміжного тестування й оцінювання результатів на шляху до поставлених цілей. На підставі оцінювання динаміки змін у курсі підготовки роблять необхідні коригування. Всі етапи підготовки документують у армійській Цифровій системі підготовки кадрів (DTM), що допомагає вищому командуванню аналізувати ефективність різних програм підготовки.

У середовищі ArmyFit™ користувачі можуть спілкуватися між собою, встановлювати особисті цілі, досягнення за кожним із аспектів, ділитися досвідом, отримувати поради та заробляти мотивуючі бейджі, що вказують на досягнення поставлених цілей саморозвитку. Налаштування дають змогу встановити індивідуальний рівень конфіденційності для кожного користувача.

Система містить інтерактивні навчальні відео з різних аспектів в усіх вимірах, наприклад: “Сім’ї військовослужбовців”, “Підвищення стресостійкості”, “Ефективна комунікація” тощо. Тривалість кожного навчального відео не перевищує 15 хв.

Для розширеної очної підготовки та допомоги в рамках програми CSF2 розроблено систему підготовки наставників (Master Resilience Trainers – MRTs). Для підготовки наставників за програмою CSF2 командування відбирає солдатів, офіцерів, дружин військовослужбовців (волонтерів із груп сімейної готовності – Family Readiness Group) і цивільний персонал. Інтенсивний курс підготовки наставників триває 10 днів. Після закінчення навчання наставники повертаються в свої підрозділи, де проводять психологічні тренінги для військовослужбовців, членів їх сімей і цивільного персоналу. Крім того, наставники мають можливість щодня консультувати військовослужбовців із нагальних питань.

На цей час у військах підготовлено 19 000 MRTs. Заплановано довести підготовку наставників до 7000 осіб на рік, щоб забезпечити кожен роту в армії США індивідуальним MRTs. Наставники навчають військовослужбовців, членів їх сімей та цивільний персонал прийомам управління емоційним станом. Повний курс проводять тільки в навчальних центрах. Курс включає такі елементи: розвиток ментальних здібностей; побудова довіри; управління увагою; контроль за психічною енергією (саморегуляція); постановлення та досягнення цілей; креативна спрямована уява.

Керівництво не ігнорує виявлені в результаті психодіагностики психологічні проблеми підлеглих та не замовчує, що військовослужбовцю необхідно пройти курс реабілітації від алко- або наркозалежності (якщо він гарний спеціаліст), надає військовослужбовцю необхідний час для відпочинку, бо розуміє, що ігнорування результатів психодіагностики може призвести до ерозії бойового духу, психологічних розладів і порушень дисципліни. Командири часто консультуються з психологами на

предмет визначення можливості “обґрунтованого передбачення” щодо своїх солдатів, з’ясовують, яке додаткове дослідження може допомогти передбачити негативну поведінку, розуміючи, що передбачення в певному сенсі є передумовою запобігання психологічних ризиків.

Завдяки програмі CSF2 відстежують ступінь фізичної й психологічної боєздатності армії в цілому, кожного підрозділу окремо та професійну придатність кожного військовослужбовця або цивільного фахівця.

### **2.3. Застосування психодіагностики на етапі професійно-психологічного відбору**

Відповідальним і напруженим є період початкового вивчення військовослужбовців, який починається найчастіше з моменту прибуття їх до підрозділу.

В цей період вирішуються питання розподілу, розстановки та призначення на конкретні посади, включення нового поповнення в уже існуючі колективи, адаптації до нових умов життя та служби, забезпечення високої боєготовності підрозділу. Для вирішення цих задач потрібно спиратися на результати професійно-психологічного відбору, проведеного соціально-психологічного вивчення новоприбулих військовослужбовців, у короткий термін отримати відправні дані для прийняття відповідних рішень. Стислі терміни первинного вивчення новоприбулих можуть призводити до відомих помилок у оцінці індивідуальних якостей військовослужбовців. Кількість помилок зростає, якщо вивченням у цих умовах займаються особи, які схильні робити категоричні висновки на основі першого враження про людину, переважно емоційного ставлення до неї.

Командир повинен розуміти, що військовослужбовець включений у систему соціальних зв’язків і відносин, а тому є їх вираженням та відображенням. Військовослужбовець змінюється відповідно до закону вікової асинхронності, тобто в будь-який

момент часу навіть доросла людина певного календарного віку може знаходитися на різних рівнях інтелектуального, емоційного, фізичного, мотиваційного та соціального стану й розвитку. Звідси випливає, що з боку командира жодна оцінка результатів діяльності, професійної поведінки та особистісних якостей підлеглих не може бути остаточною, оскільки будь-яка людина постійно розвивається, завжди по різному виявляє власні властивості та здібності. Остаточність і стереотипність оцінок командира, що ігнорує таку динаміку, як правило, призводить до виникнення напруженої соціально-психологічної атмосфери.

Початковим етапом застосування психологічної діагностики в Збройних Силах України є професійно-психологічний відбір, який дозволяє здійснити:

- визначення ступеня придатності до конкретних видів військово-професійної діяльності громадян, які призиваються (приймаються) на військову службу;
- визначення військово-професійної орієнтації громадян і військовослужбовців на оволодіння військово-обліковими спеціальностями та призов (прийняття) на військову службу;
- відбір кандидатів для навчання у вищих військових навчальних закладах Міністерства оборони України (далі – ВВНЗ) та у військових структурних підрозділах закладів освіти України;
- відбір кандидатів у системі багаторівневої підготовки сержантського та старшинського складу;
- вивчення індивідуально-психологічних якостей кандидатів для проходження служби у військовому резерві Збройних Сил України;
- професійно-психологічний відбір військовослужбовців до участі в міжнародних операціях з підтримання миру і безпеки;
- поглиблене психологічне вивчення військовослужбовців у процесі адаптації до служби та надання пропозицій командирам щодо проведення з ними індивідуальної роботи;
- надання пропозицій командирам (начальникам) щодо комплектування екіпажів, розрахунків, команд, підрозділів

військовослужбовцями з урахуванням їх психологічної сумісності.

За результатами психологічної діагностики оцінюються рівні розвитку окремих індивідуально-психологічних якостей, професійно важливих для служби на конкретних військових посадах (за класами споріднених військових посад):

- “високий рівень” (повністю відповідає вимогам військових посад);
- “середній” (в основному відповідає вимогам військових посад);
- “мінімально достатній” (частково відповідає вимогам військових посад);
- “низький” (не відповідає вимогам військових посад).

Психологічне обстеження, в рамках професійно-психологічного відбору у Збройних Силах України складається з двох етапів.

Організація проведення професійно-психологічного відбору, зокрема, психологічної діагностики, як однієї з його складових, у зв'язуваннях, військових частинах, навчальних центрах покладається на командира (начальника) та здійснюється посадовими особами, які мають відповідну фахову підготовку.

Командири (начальники) підрозділів персонально відповідають за достовірність та об'єктивність характеристик, обґрунтованість висновків і рекомендацій щодо відібраних кандидатів на військову службу.

Усі носії інформації про результати професійно-психологічного відбору (ППВ) повинні забезпечувати конфіденційність її використання.

Інформація, пов'язана з психодіагностикою в рамках ППВ, має актуальність для командирів у зв'язку з тим, що:

- ППВ є одним із напрямків підвищення якості бойової діяльності, високої боєздатності та здійснюється, перш за все, в інтересах максимального забезпечення ефективності експлуатації складних військово-технічних систем і з метою мінімізації помилок у процесі військової праці, збереження психічного здоров'я військовослужбовців;

➤ психофізіологічне обстеження передбачає вивчення властивостей нервової системи, темпераменту, адаптаційних можливостей, пізнавальних психічних процесів (інтелектуальних особливостей), психомоторики, емоційно-вольових якостей і рівня нервово-психічної стійкості, що дозволяє враховувати дані за цими показниками під час прийняття рішень.

Під час проведення ППВ на командира покладається низка завдань і висувуються певні вимоги, тобто командир повинен:

- не тільки контролювати проведення заходів професійного відбору та розподілу, а й розуміти необхідність, цінність професійної оцінки придатності до військової служби, яка визначається на основі соціально-психологічного вивчення й тестування кандидатів для служби та військовослужбовців, а також їх раціонального розподілу;
- особливу увагу приділяти тим спеціальностям, діяльність за якими пов'язана з управлінням людьми (командири відділень, розрахунків, екіпажів) або з високим ступенем відповідальності виконуваних завдань, високою значущістю їх для досягнення успіху в бою підрозділом (розрахунком, екіпажом) у цілому;
- розуміти сутність такого широкого поняття, як нервово-психічна нестійкість, оскільки особи з нервово-психічною нестійкістю є групою підвищеного ризику розвитку психічних розладів і при значному психічному та фізичному напруженні схильні до зривів нервової системи.

Психодіагностичний інструментарій та його програмне забезпечення для психологічної діагностики під час професійно-психологічного відбору військовослужбовців визначається відповідно до Методичних рекомендацій з організації професійно-психологічного відбору у Збройних Силах України.

На етапі ППВ психологічна діагностика здійснюється також і в якості важливого превентивного заходу психологічної реабілітації, який рекомендується використовувати на всіх етапах проходження військової служби, починаючи з даного етапу, для оцінки рівня розвитку професійно-важливих якостей,

індивідуальних резервів адаптації з метою визначення придатності до військово-професійної діяльності або потреби в реабілітаційних заходах, а також моніторингу динаміки професійно важливих якостей (ПВЯ) та індивідуальних резервів в усі періоди служби. Психодіагностика дозволяє на ранніх етапах визначити осіб з ослабленими адаптаційними можливостями та великою ймовірністю розвитку ранніх і тяжких проявів бойової психічної травматизації та її наслідків, а також вчасно визначити індивідуальну тактику, способи профілактики та відновлення кожного військовослужбовця, оскільки ймовірність і тяжкість проявів бойової психічної травми певною мірою обумовлені його психофізіологічними особливостями.

Далі представлені завдання психологічного вивчення військовослужбовців строкової військової служби, військовослужбовців військової служби за контрактом, які прибули на навчання до навчальних центрів Збройних Сил України, завдання психологічного вивчення курсантів ВВНЗ, які в подальшому обійматимуть офіцерські посади, для підготовки (перепідготовки) офіцерів, сержантського складу, а також військовослужбовців сержантського (старшинського) складу на курсах лідерства та фахової підготовки (за рівнями підготовки), крім того, завдання психологічного вивчення військовослужбовців за дефіцитними спеціальностями.

### **Завдання психологічного вивчення військовослужбовців строкової військової служби**

- Вивчення адаптаційних можливостей особи, яка раніше не проходила службу в ЗС України.
- Визначення індивідуально-психологічних якостей особистості, а саме рівня екстраверсії–інтроверсії, нейротизму (емоційна стабільність – емоційна нестійкість).
- Визначення індивідуальних особливостей.
- Діагностика психічних станів (тривожність, фрустрація, агресивність та ригідність), які належать до тих типів психічних станів, які тісно пов'язані з працездатністю людини.

- Виявлення військовослужбовців, потенційно здатних залишити військову частину.
- Діагностика типу акцентуації особистості.

**Завдання психологічного вивчення військовослужбовців  
військової служби за контрактом, які прибули на навчання до  
навчальних центрів Збройних Сил України**

- Вивчення адаптаційних можливостей військовослужбовців, які проходили раніше службу в ЗС України.
- Вивчення адаптаційних можливостей особи, яка раніше не проходила службу в ЗС України.
- Вимір рівня інтелектуального розвитку.
- Оцінка здатності до оперування просторовими образами і темпу розумових операцій.
- Вимірювання: інтелектуальних особливостей; емоційно-вольових особливостей; комунікативних властивостей й особливості міжособистісної взаємодії.
- Дослідження здатності до абстрагування та оперування вербальними поняттями.
- Вивчення особливостей процесу мислення (активності, гнучкості, кмітливості) й оперативної пам'яті.
- Діагностика властивостей “предметно-діяльного” і “комунікативного” аспектів темпераменту.

**Завдання психологічного вивчення курсантів ВВНЗ на  
офіцерські посади та для підготовки (перепідготовки) офіцерів і  
сержантського складу**

- Оцінка здібностей до виконання нескладних операцій мислення, кмітливості та концентрації уваги.
- Оцінка логічного дедуктивного мислення, на основі якого з відомих суджень чи понять виводяться нові судження про предмети, явища або процеси.
- Оцінка логічного мислення та дослідження можливостей сприйняття просторових ознак (комбінаторного мислення).
- Оцінка розуміння складних логічних взаємовідношень



та абстрактних взаємозв'язків.

- Оцінка оперативної пам'яті, яка спрямована на вивчення спроможності досліджуваних запам'ятовувати й зберігати у своїй пам'яті необхідну інформацію та оперувати нею під час виконання конкретних дій.
- Оцінка короткочасної слухової пам'яті, її обсягу й точності.
- Вивчення здатності розподілу та переключення уваги (розподілу та постійного переключення уваги з однієї дії на іншу).
- Вивчення мислення, уваги, оперативної пам'яті, розумової працездатності, швидкості перебудови навичок діяльності.
- Діагностика обсягу, стійкості, концентрації та переключення довільної уваги кандидатів, зорового сприйняття простору, швидкості та кількості переробленої інформації в зоровому аналізаторі.
- Вимір рівня інтелектуального розвитку.

**Завдання психологічного вивчення  
військовослужбовців сержантського (старшинського) складу на  
курсах лідерства та фахової підготовки (за рівнями підготовки)**

### ***1. Тестові завдання до програми курсів лідерства***

#### *Курс лідерства (базовий рівень)*

- Виявлення комунікативних та організаторських схильностей особистості.
- Виявлення схильності до лідерства.
- Виявлення провідного типу поведінки, що проявляє особа під час професійної діяльності.

#### *Курс лідерства (середній рівень)*

- Оцінка сформованості у респондента рівня суб'єктивного контролю над різними життєвими ситуаціями.
- Визначення індивідуально-психологічних якостей особистості, а саме рівня екстраверсії – інтроверсії, нейротизму (емоційна стабільність – емоційна нестійкість).
- Вимірювання 16 факторів (рис) особистості.

### *Курс лідерства (підвищений рівень)*

- Оцінка здібностей людини бути лідером.
- Вимір тенденції людини до ризику в умовах фізичної небезпеки.
- Виявлення комунікативних та організаторських схильностей особистості.

### *Курс лідерства (вищий рівень)*

- Визначення профілю поведінки.

## **2. Тестові завдання до програми фахової підготовки**

### *Базовий рівень фахової підготовки*

- Діагностика загального розвитку інтелектуальних здібностей людини, виявлення рівнів її загальної інформованості (розумові здібності).
- Дослідження здатності до абстрагування та оперування вербальними поняттями.

### *Середній рівень фахової підготовки*

- Визначення словникового запасу.
- Оцінка зорової пам'яті.
- Оцінка особливостей логічного мислення.

### *Підвищений рівень фахової підготовки*

- Оцінка розуміння змісту слів і логічних відносин між поняттями.
- Оцінка просторової уяви.
- Оцінка здібностей до виконання обрахунків.

### *Вищий рівень фахової підготовки*

- Визначення вибіркової уваги.
- Оцінка короткочасної слухомовної пам'яті.
- Оцінка логічного мислення та дослідження можливостей сприйняття просторових ознак (комбінаторного мислення).

## **Завдання психологічного вивчення за дефіцитними спеціальностями**

### **1. Снайпер**

- Визначення орієнтації в просторі.

- Визначення рівня самоконтролю.
- Оцінка зорової пам'яті.
- Оцінка слухової пам'яті.
- Виявлення нервово-психічної нестійкості і визначення її структури у вигляді акцентуації характеру.

## ***2. Оператор***

- Оцінка рівня творчого потенціалу, вміння приймати нестандартні рішення.
- Визначення шести основних тенденцій поведінки людини в реальній групі.
- Визначення поведінки особистості в конфліктній ситуації.
- Визначення темпераменту особистості.

## ***3. Розрахунок протитанкових засобів***

- Виявлення нервово-психічної нестійкості і визначення її структури у вигляді акцентуації характеру.
- Визначення ступеня схильності до стресу.
- Виявлення комунікативних та організаторських схильностей особистості.
- Оцінка сили – слабкості, рухливості – інертності, врівноваженості – неуврівноваженості нервової системи.
- Діагностика психічних станів (тривожність, фрустрація, агресивність та ригідність), які належать до тих типів психічних станів, які тісно пов'язані з працездатністю людини.

## **2.4. Психодіагностика особового складу перед відбуттям особового складу в район виконання завдань за призначенням**

На етапі перед відбуттям у район виконання завдань за призначенням психологічна діагностика особового складу дає можливість отримати інформацію, що стосується таких вкрай важливих для командира питань:

- актуального психоемоційного та морально-психологічного стану військовослужбовців;
- виявлення осіб зі зниженою пристосованістю до умов військової служби;
- виявлення осіб з ознаками нервово-психічної нестійкості

(схильних до нервово-психічних зривів, порушень дисципліни, кримінальних дій, створення аварійних ситуацій), що обмежує використання військовослужбовців за окремими спеціальностями та в певних умовах діяльності;

- мотивації військовослужбовців до виконання завдань за призначенням;
- типів акцентуацій (тривожний, демонстративний та педантичний типи), які сприяють формуванню та розвитку посттравматичних стресових розладів; властивостей особистості, оскільки екстремальні умови життєдіяльності можуть обумовлювати ситуативні або стійкі особистісні розлади;
- прояву ознак посттравматичного стресового розладу;
- розподілу підлеглих на групи з різним психологічним станом і прогнозом стресостійкості;
- визначення складу групи посиленої психологічної уваги;
- рівня злагодженості підрозділу та готовності виконувати бойові завдання;
- підтримання в особового складу соціально-психологічних установок щодо необхідності виконання завдань;
- стресостійкості та особливостей індивідуального реагування на бойовий стрес;
- сумісності військовослужбовців при комплектуванні екіпажів, розрахунків, команд, підрозділів з урахуванням їх психологічної сумісності;
- стрес-чинників, що, на думку військовослужбовців, можуть стати причиною травматичного стресу (враховуючи таку інформацію, існує можливість провести цілеспрямовану психокорекційну роботу, спрямовану на зменшення можливого впливу зазначених стрес-чинників).

Отримані результати психологічної діагностики командир може доповнити даними, отриманими в результаті соціально-психологічного вивчення (результатом бесіди, спостереження, висновком психолога тощо) та враховувати їх для подальшого психологічного супроводження особового складу.

Враховуючи специфіку відносин у закритій системі, забезпечити стовідсоткову конфіденційність інформації дуже складно, проте командир повинен знати, що психолог (особа, яка проводила психологічну діагностику) неухильно зобов'язаний доповідати керівництву за всіма випадками протиправних дій, вживання наркотичних засобів, алкоголю, суїцидальних намірів досліджуваних.

На даному етапі рекомендується застосовувати такий психодіагностичний інструментарій:

➤ ***Гіссенський опитувальник соматичних скарг.*** Опитувальник виявляє інтенсивність емоційно забарвлених скарг із приводу стану фізичного здоров'я військовослужбовців (Додаток 4).

➤ ***Методика “Шкала депресії А.Т. Бека”.*** Методика дозволяє виявити наявність депресії та ступінь тяжкості депресивних розладів (Додаток 5).

➤ ***Методика “Скорочена шкала тривоги, депресії та ПТСР”*** – призначена для первинного скринінгу перерахованих симптомів у осіб, що пережили будь-якого роду психічні травми (Додаток 6).

➤ ***Методика Багаторівневий особистісний опитувальник (БОО) “Адаптивність-200”.*** Призначена для вивчення деяких соціально-психологічних і психологічних характеристик особистості, що відображують інтегральні особливості психічного й соціального розвитку (Додаток 7).

➤ ***Методика діагностики самооцінки психічних станів (за Г. Айзенком).*** Дозволяє діагностувати такі психічні стани, як: тривожність, фрустрація, агресивність, ригідність, і може застосовуватися в умовах дефіциту часу (Додаток 8).

➤ ***Методика шкалової самооцінки психофізіологічного стану (ПФС) О.М. Кокуна.*** Методика шкалової самооцінки на зорово-аналогових шкалах дає можливість швидко й досить точно отримувати оцінку респондентами різних складових їх ПФС. Найважливішими перевагами даної методики є її зручність, універсальність, інформативність, надійність, експрес-характер,

можливість класифікації та зіставлення отриманих показників, що робить її однією з найбільш придатних методик для вирішення завдань моніторингу ПФС. Методика дає можливість достатньо легко діагностувати параметри не тільки “традиційних” станів самопочуття, активності й настрою, але й інших показників, які характеризують специфічний ПФС людини за певної діяльності, в тому числі емоційний, мотиваційний та інші компоненти (Додаток 9).

➤ **Методика визначення типу акцентуації рис характеру та темпераменту (К. Леонгарда – Г. Шмішека)** – призначена для діагностики типу акцентуації особистості. Залежно від ступеня вираженості розрізняють явні та приховані (латентні) акцентуації, які можуть переходити одна в одну під впливом різноманітних факторів, найважливішими вважають особливості сімейного виховання, соціального оточення, професійної діяльності, фізичного здоров’я. При тривалому впливі складних психогенних ситуацій на акцентуовану особистість, до яких вона є найбільш уразливою, впливі на “місце найменшого опору” даного типу характеру, акцентуація може стати підґрунтям гострих афективних реакцій, неврозів, психопатичного розвитку (Додаток 10).

➤ **Опитувальник про стан здоров’я (PHQ-9) – шкала самооцінки депресії.** Ефективно використовується як для діагностики великого депресивного розладу, так і для вибору методу/засобу лікування депресії та моніторингу результатів стосовно її тяжкості (Додаток 11).

➤ **Опитувальник Міні-мульт** – оцінює властивості особистості. Дозволяє виявити найбільш поширені особистісні порушення, обумовлені екстремальними умовами життєдіяльності (Додаток 12).

➤ **Опитувальник для первинного скринінгу посттравматичного стресового розладу (ПТСР)** – дозволяє в умовах дефіциту часу провести первинний скринінг на наявність ознак посттравматичного стресового розладу (Додаток 13).

➤ **Методика “Стрес-фактори”.** Спрямована на вияв негативного впливу різних стресогенних чинників у районі ведення

бойових дій. Дозволяє за отриманими результатами спланувати психокорекційну роботу з військовослужбовцями для зменшення можливого впливу визначених стрес-чинників (Додаток 14).

➤ **Методика “Оцінка схильності до суїцидальних реакцій”.** Методика призначена для виявлення схильності до суїцидальних реакцій. Запитання в ній є адекватними суїцидальним проявам. При проведенні обстеження використання даних запитань і тверджень у якості додаткової інформації дозволяє виявляти осіб, які мають суїцидальні схильності, та враховувати результати при формуванні ГППУ (Додаток 15).

➤ **Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду.** Призначена для оцінки кількісних параметрів частоти й тривалості перебування військовослужбовців у різних екстремальних ситуаціях в умовах бойових дій. Показник: ступінь вираженості негативного впливу десяти психотравмуючих індикаторів бойового досвіду. Шкала складається з 10 запитань, що стосуються характеру й тривалості перебування респондента в умовах бойових дій (Додаток 16).

➤ **Структуроване інтерв'ю.** Проводиться за заздалегідь визначеною схемою запитань, відповіді на які мають висвітлити такі відомості: про родину, характер відносин у сім'ї, стан здоров'я, пережиті травматичні події та поточні обставини, психічний стан, психосоціальні проблеми військовослужбовця, визначення ризику (клінічну думку), оцінку визначення зловживання речовинами. В структуроване інтерв'ю вводиться діагностичний блок (з переліку вище зазначених методик), що дозволяє в результаті роботи отримати психологічний висновок на кожного військовослужбовця (Додаток 17).

## **2.5. Психодіагностика особового складу під час виконання завдань за призначенням**

Психологічна діагностика під час виконання завдань за призначенням – спрямована на виявлення ознак бойового стресу серед підлеглих, що дозволяє командирі своєчасно вжити заходів

першої психологічної допомоги, оперативно здійснити сортування військовослужбовців та визначити осіб, які потребують негайної евакуації та консультації медичних фахівців.

З урахуванням специфіки діяльності в умовах бойових дій, доцільним є використання експрес-діагностики, що дозволяє за максимально обмежений час отримати максимально можливий обсяг інформації щодо ступеня боєздатності та психічного здоров'я особового складу.

#### *Експрес-діагностика бойового стресу.*

Експрес-діагностика бойового стресу являє собою сукупність взаємопов'язаних процедур, що дозволяють:

- оцінити рівень стресу, визначити військовослужбовців із симптомами конструктивного та деструктивного стресу;
- оцінити здатність особового складу продовжувати бойові дії;
- прийняти рішення щодо обсягу, термінів, засобів і способів відновлення боєздатності підлеглих із метою їх якнайшвидшого повернення до строю;
- діагностувати симптоматику травматичного стресу;
- виявляти осіб, які симулюють психічну травму;
- визначати потреби військовослужбовців у психологічній декомпресії, уточненні оптимальних форм і методів її проведення.

Бойова обстановка вкрай обмежує можливості командира з оцінки психічних станів військовослужбовців. Відповідно, основними засобами виявлення й оцінки психічних порушень у бойовій обстановці є методи візуальної психологічної експрес-діагностики та психодіагностична експрес-бесіда, які було розглянуто в попередніх параграфах. Після евакуації психотравмованих військовослужбовців із загрозової обстановки можуть застосовуватися додаткові психодіагностичні заходи з використанням різних тестових методик.

Для “грубої” оцінки стрес-станів військовослужбовців і виявлення осіб із бойовою психічною травмою (БПТ) можна використовувати “Матрицю симптомів БПТ”, згідно з її трактуванням у Польовому статуті армії США Field Manual FM 6-22.5 (таблиця 2.1).



Таблиця 2.1

## Матриця симптомів бойової психічної травми

Поведінка	Психічний рівень	Тілесний рівень
<p>Гіперреактивна форма:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- метання в пошуках укриття, буйство;</li> <li>- спалахи істеричного сміху або плачу;</li> <li>- крики в поєднанні з гіперактивністю;</li> <li>- дратівливість і злість;</li> <li>- спалах скаженості.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Нездатність бачити, чути, відчувати;</li> <li>- нездатність концентрувати увагу;</li> <li>- часткова або повна втрата пам'яті;</li> <li>- труднощі запам'ятовування інформації</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ослаблення зору та слуху;</li> <li>- часте сечовипускання;</li> <li>- розлад шлунку;</li> <li>- прискорене, переривчасте дихання;</li> <li>- порушення циркуляції крові, що призводить до анемії кистей рук і ступнів ніг</li> </ul>
<p>Загальмованість:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- стан ступору;</li> <li>- апатія, загальмованість рухів, байдужість до небезпеки, завмирання під вогнем;</li> <li>- запаморочення.</li> </ul> <p>Загальні симптоми:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- лякливність, сильні здригування від несподіваних звуків, руху, світла;</li> <li>- паніка, біг під вогнем;</li> <li>- регрес віку (дитячі реакції);</li> <li>- незв'язність;</li> <li>- бурмотіння, сильне заїкання;</li> <li>- сильне тремтіння, "трясучка"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- підвищена чутливість до шуму, світла, запахів;</li> <li>- порушення логіки та швидкості мислення;</li> <li>- порушення критичного сприйняття обстановки та своїх дій;</li> <li>- ослаблення волі;</li> <li>- зорові й слухові галюцинації</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- нездатність користуватися кінцівками (ногами, руками);</li> <li>- сильна напруга м'язів;</li> <li>- прискорене серцебиття;</li> <li>- "давить" біль в ділянці серця та в грудній клітині;</li> <li>- біль у попереку;</li> <li>- біль хірургічних шрамів, старих ран;</li> <li>- неконтрольоване слиновиділення</li> </ul>

Особи, в яких проявляються симптоми, перераховані в таблиці 2.1, відносяться до категорії "психогенних втрат".

Психогенні втрати – це люди, що втратили на короткий або тривалий час боєздатність внаслідок впливу бойових психогенних стрес-чинників.

Додаткова експрес-діагностика здійснюється в таких випадках:

- при ознаках психологічної дезадаптації або якщо відбулися значні стресові життєві події перед виконанням службових завдань;
- військовослужбовець здійснив надзвичайну подію або був її свідком, допустив порушення військової дисципліни, законності або підозрюється в їх здійсненні;
- військовослужбовець зазнав впливу бойових стрес-чинників;
- наявні конфліктні відносини в колективі, що містять ознаки загрози життю та здоров'ю військовослужбовців та можуть перешкоджати виконанню службових завдань.

На етапі виконання завдань за призначенням для проведення психологічної експрес-діагностики (скринінг-тестів<sup>7</sup>) рекомендується застосовувати такі методики:

- *Гіссенський опитувальник соматичних скарг* (Додаток 4);
- *Методика “Скорочена шкала тривоги, депресії та ПТСР”* (Додаток 6);
- *Методика шкалової самооцінки психофізіологічного стану О.М. Кокуна* (Додаток 9);
- *Опитувальник про стан здоров'я (PHQ-9) – шкала самооцінки депресії* (Додаток 11);
- *Опитувальник для первинного скринінгу посттравматичного стресового розладу (ПТСР)* (Додаток 13);
- *Тест “Індекс тяжкості безсоння”* (Додаток 18);

---

<sup>7</sup> *Скринінг-тест [Screening test]* – оціночний інструмент або процедура (біологічна або психологічна), головна мета якої – виявити в будь-якій певній популяції якомога більше осіб, які в даний час страждають на хворобу або розлад, або які мають ризик отримати їх в якийсь момент у майбутньому. Ці тести часто не є діагностичними в строгому сенсі слова, хоча за умови отримання в тесті позитивного результату, як правило, рекомендується проводити один або більше тестів з метою підтвердження або спростування діагнозу, імовірно поставленого в результаті скринінг-теста. Тест з високою чутливістю здатний виявити більшість справжніх випадків хвороби, з приводу якої проводиться дослідження.

➤ **Опитувальник зміни поведінки під час і / або після стресової ситуації (*Peritraumatic Behavior Questionnaire (PBQ)*)** (Додаток 1).

Після проведення психодіагностики на військовослужбовця заповнюється “Карта психологічного супроводу” (Додаток 2).

За наявності ознак розладу психіки та поведінки, соматичних скарг, негативних результатів психологічного вивчення військовослужбовці направляються на консультування до профільного спеціаліста. Крім того, психологічна експрес-діагностика на даному етапі застосовується в процесі реалізації заходів психологічної реабілітації, зокрема, під час проведення декомпресії.

## **2.6. Особливості проведення експрес-діагностики в процесі виконання заходів декомпресії**

Психологічна реабілітація військовослужбовців є обов’язковою складовою заходів із відновлення бойової готовності (боєздатності) військових частин (підрозділів) і передбачає охоплення 100% особового складу підрозділу. План із відновлення боєздатності військової частини включає декомпресію.

**Декомпресія** – форма первинної психологічної реабілітації військовослужбовців, які перебували в екстремальних (бойових) умовах службово-бойової діяльності, складається із комплексу заходів фізичного й психологічного відновлення організму людини та проводиться з метою поступової реадаптації військовослужбовців до звичайних умов життєдіяльності, запобігання розвитку в них психологічних травм. Первина психологічна реабілітація (декомпресія) може здійснюватися як на етапі маршу підрозділу з району проведення ООС до пунктів постійної дислокації, так і в пункті постійної дислокації. Разом із тим, за даними іноземних джерел, декомпресія здійснюється не в місці постійної дислокації, а в “третьому місці”, обов’язковість її проведення залежить від рішення командира.

Для проведення реабілітаційної програми “декомпресія” відбираються, в першу чергу, підрозділи в повному складі, в яких мали місце випадки психотравмуючих ситуацій, а серед особового складу є критичними показники за психодіагностичними методиками, рекомендованими до використання на цьому етапі службової діяльності.

Під час прийняття командиром рішення щодо проведення декомпресії в певному підрозділі враховується така інформація:

- кількість втрат (бойових і небойових);
- кількість правопорушень;
- смерть, загибель, травмування, поранення людини;
- перебування в умовах ізоляції (полоні, заручниках, оточенні);
- робота із залишками тіл людини, чи надання першої домедичної допомоги;
- тривале перебування в екстремальних (бойових) умовах;
- перебування під обстрілом противника, застосування зброї на враження живої сили противника;
- військовослужбовці мають ознаки психічної травми, психічної дезадаптації, ознаки психічних розладів;
- військовослужбовці включені до складу групи посиленої психологічної уваги на підставі соціально-демографічних даних і результатів поточного спостереження.

За організацію заходів декомпресії підлеглого особового складу та матеріально-технічне забезпечення їх проведення відповідає командир військової частини (підрозділу).

План проведення заходів декомпресії складається з урахуванням загального плану відновлення боєздатності військової частини та погоджується з командиром військової частини. Під час проведення заходів до плану можуть вноситися корективи. У процесі виконання програми декомпресії (якщо захід проводиться в частині), командирам військових частин забороняється залучати особовий склад, який проходить реабілітацію за цією програмою, до занять із бойової підготовки, обслуговування військової техніки та ін..

Планові відпустки особовому складу бажано надавати після проведення заходів медичного обстеження та декомпресії.

Огляд військовослужбовців здійснюється медичними працівниками ЗС України, за необхідності військовослужбовці направляються на консультацію до відповідного фахівця (хірурга, терапевта, травматолога та ін.). При наявності ознак розладу психіки та поведінки, скарг, негативних результатів психологічного вивчення військовослужбовці направляються на позачерговий огляд до лікаря-психіатра для вирішення питання щодо необхідності стаціонарного обстеження та лікування в лікувальних закладах психоневрологічного (наркологічного) профілю.

Мінімальна тривалість комплексу психологічних заходів фізичного та психологічного відновлення організму складає три дні. За рішенням командира тривалість заходів може бути збільшено до 7 днів. Члени сімей військовослужбовців, представники громадських організацій до заходів декомпресії не залучаються.

Узагальнена інформація за результатами проведеної роботи за програмою “декомпресія” та список військовослужбовців, які потребують психологічної реабілітації, відноситься до категорії “для службового користування”. Заборонено проводити психологічну реабілітацію за рахунок відпустки, вихідних, які надаються військовослужбовцям після повернення до пунктів постійної дислокації.

За результатами психологічної діагностики психологом складається індивідуальний / груповий план у двох примірниках, які підписуються військовослужбовцем, включеним до програми декомпресії, і психологом (Додаток 19).

В індивідуальному плані повинні бути вказані основні завдання психокорекційної роботи та інформація про бажані результати, приблизна кількість годин для послуг із психологічної реабілітації, які повинні бути надані, їх послідовність. Індивідуальний план може змінюватися з урахуванням побажань військовослужбовця за умови, що заявлені побажання не

суперечать правилам внутрішнього розпорядку та вимогам законодавства.

Наприклад, може бути запропоновано психосоматичний компонент програми декомпресії, групова робота і т. д..

На заключному етапі робиться психологічний висновок, прогноз, що базується на результатах проведення заходів, і пропонуються рекомендації в разі необхідності подальшої психологічної роботи (Додаток 20).

Протипоказаннями для проведення декомпресії є наявність гострих захворювань та виражені тяжкі психічні розлади у військовослужбовця.

Психологічне діагностування поточного психологічного стану військовослужбовців здійснюється психологами з метою виявлення у військовослужбовців ознак бойового стресу та якісного проведення в подальшому заходів психологічного супроводу й допомоги. Психологічне діагностування здійснюється за нижчезазначеними методиками:

- Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду (Додаток 16);
- Опитувальник для первинного скринінгу посттравматичного стресового розладу (ПТСР) (Додаток 13);
- Скорочена шкала тривоги, депресії та ПТСР (Додаток 6);
- Скринінг-опитувальник PHQ-2 (Додаток 21);
- Опитувальник – PHQ-9 (Додаток 11);
- Анкета оцінки суїцидального ризику П.І. Юнацкевіча (Додаток 22);
- Методика шкалової самооцінки психофізіологічного стану О.М. Кокуна (Додаток 9).

## **2.7. Психодіагностика на етапі повернення з району виконання завдань за призначенням, відновлення боєздатності**

***Психологічне відновлення військовослужбовців*** – це комплекс заходів, які проводяться з військовослужбовцями в період прибуття в райони відновлення бойової готовності із зони бойових

дій та перед відбуттям їх у відпустку.

**За 10 днів** до проведення ротації військової частини (підрозділу) з району виконання завдань за призначенням – складається план психологічного забезпечення відновлення боєздатності. *Протягом 10 днів після прибуття до пункту постійної дислокації*, за винятком прибуття після проходження декомпресії, здійснюється поглиблене психологічне вивчення – психофізіологічне та психологічне обстеження всіх військовослужбовців із метою своєчасного визначення рівня їх дезадаптації, наявності ознак гострої реакції на стрес, депресивних розладів тощо, що може слугувати підставою для застосування психофармакологічних методів корекції та стимуляції адаптаційних можливостей організму.

З метою визначення потреби зарахування військовослужбовців, які виконували службово-бойові завдання в екстремальних (бойових) умовах, до складу групи посиленої психологічної уваги чи направлення на медико-психологічну реабілітацію, на огляд до лікаря-психіатра, поглиблене психологічне обстеження рекомендується здійснювати один раз на півроку, протягом трьох років.

Крім того, в разі виявлення у військовослужбовців ознак посттравматичних та гострих стресових розладів, високого рівня травматичності бойового досвіду, необхідно здійснити додаткове психологічне вивчення таких військовослужбовців для надання поглибленої медичної, наркологічної, психологічної допомоги.

Психологічна діагностика на цьому етапі дозволяє вирішити такі завдання:

- виявити актуальний психоемоційний та морально-психологічний стан військовослужбовців;
- виявити військовослужбовців, які пережили травматичну подію та мають ознаки посттравматичних стресових розладів;
- дослідити військовослужбовців на предмет наявності в них ознак депресії, провести диференціальну діагностику з метою виключення її клінічних проявів;

- виявити осіб, схильних до суїцидальних реакцій;
- визначити інтенсивність емоційно забарвлених скарг із приводу стану фізичного здоров'я підлеглих;
- здійснити оцінку різних складових психофізіологічного стану;
- здійснити сортування військовослужбовців;
- здійснити перегляд складу групи посиленої психологічної уваги;
- визначити осіб, які потребують реабілітації;
- організувати належний відпочинок, для тих, кому це необхідно;
- здійснити перевірку психологічної готовності до подальшого виконання завдань за призначенням (вивчення соціально-психологічного клімату у військових колективах);
- порівняти отримані результати психодіагностики з результатами перед відбуттям до районів виконання завдань за призначенням;
- з урахуванням отриманих результатів мінімізувати кількість помилок під час прийняття командирських рішень.

Діагностування психічних станів особового складу підрозділів, які виводяться на відновлення боєздатності та доукомплектування, здійснюється силами штатних психологів. У разі їх відсутності до даних підрозділів відряджаються позаштатні спеціалізовані групи психологічної декомпресії.

Для вирішення завдань психологічної діагностики на цьому етапі рекомендується застосовувати такий методичний інструментарій:

- **Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду** (Додаток 16);
- **Гіссенський опитувальник соматичних скарг** (Додаток 4);
- **Методика “Шкала депресії А.Т. Бека”** (Додаток 5);
- **Методика “Скорочена шкала тривоги, депресії та ПТСР”** (Додаток 6);
- **Методика Багаторівневий особистісний**



**опитувальник (БОО) “Адаптивність-200”** (особлива увага звертається на шкалу “Суїцидальний ризик”) (Додаток 7);

➤ **Методика діагностики самооцінки психічних станів (за Г. Айзенком)** (Додаток 8);

➤ **Опитувальник травматичного стресу І.О. Котєнєва** (дозволяє оцінити вираженість симптомів постстресових порушень) (Додаток 23);

➤ **Методика шкалованої самооцінки психофізіологічного стану О.М. Кокуна** (Додаток 9);

➤ **Опитувальник про стан здоров'я (PHQ-9) – шкала самооцінки депресії** (Додаток 11);

➤ **Проективна методика “Дім-Дерево-Людина”** (кожен малюнок – це своєрідний автопортрет, деталі якого мають особистісне значення; за малюнком можна судити про афективну сферу особистості, її потреби та ін.);

➤ **Тематичний апперцептивний тест (ТАТ)** – для роботи з порушеннями емоційної сфери (основна патологія посттравматичного пацієнта – сила психологічних захистів з ізоляції свідомості від травматичного переживання; особливо явно вона проявляється саме в проективних тестах);

➤ **Опитувальник для первинного скринінгу посттравматичного стресового розладу (ПТСР)** (Додаток 13);

➤ **Структуроване інтерв'ю** (Додаток 17);

➤ **Методика “Оцінка схильності до суїцидальних реакцій”** (Додаток 15);

➤ **Тест “Індекс тяжкості безсоння”** (Додаток 18);

➤ **Анкета оцінки суїцидального ризику П.І. Юнацкевіча** (Додаток 22);

➤ **Методика діагностики рівня емоційного вигорання В.В. Бойко.**

Результати психологічної діагностики використовуються для подальшого психологічного супроводження особового складу підрозділу.

Для запобігання випадкам суїциду серед особового складу,

рекомендується звертати особливу увагу на осіб, у яких діагностуються прояви депресії.

Особи, в яких діагностується депресія, направляються до лікаря-психіатра для встановлення нозологічного діагнозу.

В таблиці 2.2 подано перелік показань для направлення військовослужбовців на консультацію / госпіталізацію до лікаря-психіатра.

*Таблиця 2.2*

Показання для направлення на консультацію до лікаря-психіатра  
на госпіталізацію

Клінічна ситуація	Консультація/Госпіталізація
Високий ризик суїциду, самозневага	Консультація/Госпіталізація
Наявність психотичних симптомів та гострого збудження	Консультація/Госпіталізація
Диференційний розлад (біполярний розлад, зловживання психоактивними речовинами (ПАР))	Консультація
Тяжка депресія (виражена дезадаптація у зв'язку з депресивними розладами)	Консультація
Відсутність ефекту лікування пацієнтів з ПТСР впродовж 4-6 тижнів	Консультація
Погіршення соматичного стану внаслідок психотерапії, що проводиться	Консультація
Побажання пацієнта, клієнта	Консультація

Пацієнти з ПТСР та депресією, що супроводжується ризиком суїциду або загрозою насильства по відношенню до оточуючих, терміново направляються в спеціалізований стаціонар.

Психологи несуть персональну відповідальність за якість, обґрунтованість і достовірність психологічних висновків і рекомендацій. Психолог частини розробляє рекомендації та пропозиції посадовим особам частини для прийняття управлінських

рішень щодо формування здорового морально-психологічного клімату, зміцнення організованості та військової дисципліни. Висновки психолога про наявність у військовослужбовця нервово-психічної нестійкості, негативних психічних станів, стресових розладів, негативних психодинамічних та психосоціальних тенденцій повинні узгоджуватися з лікарем військової частини.

### **Типові помилки під час проведення психологічної діагностики**

Під час проведення психологічної діагностики на всіх етапах практичної діяльності варто враховувати той факт, що для кожного етапу діагностичного процесу властиві специфічні помилки, яких варто уникати з метою мінімізації їх впливу на результати дослідження.

При вирішенні діагностичних завдань помилки поділяються на чотири групи: помилки суб'єкта, об'єкта, засобів діагностики та взаємодії суб'єкта з об'єктом. Помилки першої групи пов'язані з діагностичним мисленням психолога, його особистісними особливостями та функціональними станами. Другу групу складають помилки, що обґрунтовані мотиваційними та особистісними особливостями обстежуваного. Помилки третьої групи пов'язані з недосконалістю психологічних методик. Четверту групу складають помилки повідомлення діагностичних даних. Під час психологічної діагностики військовослужбовців значна кількість помилок допускається з боку досліджуваних на етапі розуміння змісту представлених запитань (тверджень). З боку організаторів психодіагностичних процедур найпоширенішими є такі помилки:

- покладання здійснення психологічної діагностики на некомпетентних осіб;
- невірно підібраний психодіагностичний інструментарій, його невідповідність меті та завданням дослідження;
- неякісна організація, невірно обраний час і місце проведення, недотримання часу, відведеного на заповнення реєстраційних бланків військовослужбовцями;

- наявність помилок під час обрахування отриманих даних (особливо за умов відсутності програмного забезпечення методик);
- невірна інтерпретація отриманих результатів;
- неадекватне використання результатів дослідження в подальшій практичній діяльності та ін..

## РОЗДІЛ 3

### ОСОБЛИВОСТІ ВІДХИЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Знання офіцерами частин і підрозділів основних форм девіантної поведінки, а також особливостей її прояву в умовах військової служби дозволить своєчасно виявляти військовослужбовців із такою поведінкою, брати їх під посилений контроль командирів, військових лікарів, а також фахівців із підтримки психічного здоров'я. Їх цілеспрямована робота з такими особами, повсякденна увага мінімізують прояви девіантної поведінки та їх деструктивні наслідки.

#### 3.1. Відхильна поведінка: поняття, чинники, різновиди

*Відхильна (девіантна) поведінка* – система вчинків (окремі вчинки), що суперечить прийнятим у суспільстві нормам і виявляється у вигляді незбалансованості психічних процесів, адаптаційних механізмів і нездатності до морального та естетичного контролю за своєю поведінкою. Слід зазначити, що “порушення поведінки” є у великій мірі соціальним феноменом, що характеризується антигромадською спрямованістю. Психологія розглядає проблему відхильної поведінки як результат *недостатнього стримування внутрішнього напруження*, наслідок гіперкомпенсації потреб, фрустрації<sup>8</sup>, блокади задоволення потреби в самоактуалізації, як результат соціального навчання.

Для з'ясування причин девіантної поведінки часто використовується біопсихосоціальна модель Р. Карсона.

Перша група причинних чинників має біологічну природу. Друга група чинників – психосоціальну. Девіантна поведінка є наслідком психологічних якостей, рис характеру, внутрішніх

---

<sup>8</sup> *Фрустрація* (від лат. *Frustratio* – обман, марне очікування) – особливий емоційний стан, що виникає, коли людина, стикаючись з будь-якими перешкодами, не може досягти своїх цілей і задоволення будь-якого бажання або потреби.

життєвих установок, спрямованості особистості, які мають частково вроджений характер, частково формуються вихованням і середовищем. Однак, особистісна дезорганізація – далеко не єдина причина відхильної поведінки. Третя група чинників має середовищну, соціокультурну природу.

Основними соціально-психологічними видами відхилень у поведінці військовослужбовців є “уникаючий”, “пригноблюючий”, “паразитуючий”.

До відхилень **“уникаючого”** виду відносяться: ухилення від військової служби, суїцид, умисні вбивства. Даний вид відхилень характеризується дезадаптивністю й “втечею з ситуації”.

**“Пригноблюючий”** вид відхилень об’єднав такі девіації, як порушення правил статутних взаємовідносин і перевищення посадових повноважень. Спосіб реагування на ситуацію – “придушення, примус”.

**“Паразитуючий”** вид соціально-психологічних відхилень – це злочини проти власності, зловживання службовим становищем, розкрадання зброї та боєприпасів. Спосіб реагування – використання військової організації як джерела підвищення власного матеріального добробуту з нанесенням їй шкоди.

Для всіх трьох видів характерним є інфантильний спосіб реагування на ситуацію, високий рівень мотивації уникнення невдач, низький або високий рівень мотивації на успіх.

*В умовах воєн і катастроф соціальні структури різко слабшають, і ймовірність всіх форм девіантної поведінки значно зростає.*

### **3.2. Типи девіантної поведінки**

Розрізняють такі типи девіантної поведінки:

- **делінквентна** – поведінка з виразною антигромадською спрямованістю, яка набуває в граничних своїх проявах кримінально караного характеру;
- **адиктивна** – поведінка з формуванням прагнення до відходу

від реальності шляхом штучної зміни свого психічного стану за допомогою прийому психоактивних речовин або постійної фіксації уваги на певних видах діяльності, що спрямована на розвиток та підтримку інтенсивних емоцій;

- **патохарактерологічна** — поведінка, що зумовлена патологічними змінами характеру внаслідок дефектів виховання;
- **аномальна** сексуальна поведінка (девіації, статеве збочення).

#### ***Клінічні форми девіантної поведінки:***

- агресивна поведінка;
- аутоагресивна (суїцидальна) поведінка;
- зловживання речовинами, що викликають стан зміненої психічної діяльності (алкоголізація, наркотизація та ін.);
- патохарактерологічні реакції (різних типів);
- аномалії сексуальної поведінки (девіації, статеве збочення).

#### ***Аномальна поведінка***

Аномалія — це будь-яке зазначене відхилення від норми або очікувань. Дослівно — “не норма”. Термін використовується для позначення відхилень у поведінці, у відносинах і статистиці. У поведінці це зазвичай відноситься до порушень або клінічних синдромів. Аномальна поведінка — це система вчинків або окремі вчинки, що суперечать соціальній, статистичній, суб’єктивній та функціональній нормам. Це ненормальна або патологічна поведінка. Аномальна поведінка — це клінічна форма девіантної поведінки. Схематично це можна подати так:

девіантна поведінка → аномальна поведінка.

Поняття девіації є ширшим, ніж аномалії. Девіантну поведінку необхідно чітко відмежовувати від поведінки аномальної. Аномальна поведінка пов’язана з відхиленням від норми психічного здоров’я. Якщо психічно хвора людина найчастіше не усвідомлює можливі пагубні наслідки своєї поведінки, то людина з девіантною поведінкою в більшості випадків усвідомлює свої дії та їх можливі наслідки, але через різні причини (боязкість, байдужість, пошук особистої вигоди й ін.) здійснює девіантний вчинок по відношенню до самої себе, який може супроводжуватися

спрощенням особистості з нівелюванням особистісних властивостей, аж до її поступової деградації.

### ***Делінквентна поведінка***

Різновидом злочинної (кримінальної) поведінки людини є делінквентна поведінка – поведінка, що в граничних своїх проявах є кримінально карним діянням. Відмінність делінквентної від кримінальної поведінки – в тяжкості правопорушень, вираженості їх антигромадського характеру.

Основою делінквентної поведінки людини є психічний інфантилізм із комплексом характерних ознак: невміння розводити ідеальні та реальні цілі; наївність і прямодушність, що не відповідають віку; дитяча захопленість, егоцентризм; формальне виконання обов’язків; небажання й невміння прогнозувати можливі майбутні небажані події; підвищена вразливість; потреба в утішанні та опіці; схильність до різких коливань настрою та виражені афективні реакції.

### ***Делінквентна поведінка в умовах воєн***

В умовах воєн і катастроф делінквентна поведінка досить поширена (*мародерство, насильство, дезертирство*). Наприклад, *мародерство* – незаконне привласнення чужого майна в атмосфері безкарності в період катастроф або бойових дій; *насильство по відношенню до місцевого населення* – будь-яка дія по відношенню до особистості або групи осіб, що відбувається проти й всупереч їх волі. Психологічним виправданням таких дій зазвичай є почуття помсти. Мотивація до “знищення особового складу противника” з легкістю переноситься на місцеве населення. Імовірність таких ексцесів у локальних війнах значно зростає. Зворотний бік медалі – вбивство військовослужбовців цивільними особами.

### ***Адиктивна поведінка***

Розрізняють такі форми адикції: наркотична, алкогольна, тютюнова, втеча від реальності шляхом зосередження на вузькоспрямованій сфері діяльності. В осіб із адиктивними формами поведінки з’являються такі психологічні особливості:

- знижене перенесення труднощів повсякденного життя поряд



із хорошим перенесенням кризових ситуацій;

- прихований комплекс неповноцінності, який поєднується зі зверхністю, що проявляється зовні;

- зовнішня соціабельність, що поєднується зі страхом перед стійкими емоційними контактами;

- прагнення говорити неправду;

- прагнення звинувачувати інших, знаючи, що вони не винні;

- прагнення ухилятися від відповідальності у прийнятті рішень;

- стереотипність, повторюваність поведінки;

- залежність;

- тривожність.

Адиктивна поведінка є донозологічним етапом<sup>9</sup> формування алкоголізму й наркоманії та передбачає наявність ситуаційної психічної залежності й “пошукової активності” щодо алкоголю та різних психоактивних речовин.

### ***Адиктивна поведінка серед військовослужбовців у війнах***

Під час воєн у Кореї та В'єтнамі від 30 до 45% американських військовослужбовців уживали наркотики або зловживали алкоголем, значна кількість у подальшому ставали залежними від них. На думку низки авторів, уживання психоактивних речовин дозволяло комбатантам тимчасово справлятися з психологічними проблемами. У першому періоді війни у В'єтнамі всі психічні розлади становили лише 5% від числа бойових санітарних втрат. Однак, у подальшому, цей показник зріс до 60%.

Зі складу експедиційного корпусу збройних сил США, який перебував в Індокитаї, щомісяця звільнялися, як “невиліковні наркомани”, від 1 до 2 тис. військовослужбовців. Серед них 50% уживали марихуану, 17,4% – опіум, 2,5% – героїн. Основні представники цієї групи – молоді солдати у віці від 18 до 23 років. Причому в бойових підрозділах відсоток тих, хто вживав наркотики, був вищим, ніж у тилкових. Серед офіцерів і унтер-офіцерів особи, які вживали наркотики, складали від 10 до 20%.

---

<sup>9</sup> Донозологічний етап – між нормою та патологією, між здоров'ям і хворобою.

Проявився тісний взаємозв'язок адиктивних розладів із іншими формами деструктивної поведінки: було встановлено, що серед солдатів, що утримуються на гауптвахті у зв'язку з протиправними діями, 63% постійно вживали марихуану, а понад 40% американських солдатів, які поверталися з Південного В'єтнаму, проявляли схильність до агресивної поведінки та насильства.

За даними зарубіжних психіатрів, у роки афганської війни близько третини психічних порушень були викликані вживанням наркотиків або алкоголю. Так, серед психічних розладів у рядового складу 31% був викликаний наркотизацією опіумом і гашишем, 35,2% психічних розладів у офіцерів були обумовлені вживанням алкоголю. Це, незважаючи на “сухий закон”, якого дотримувалися в “обмеженому контингенті військ”.

За офіційними даними МОЗ України, кількість військовослужбовців (учасників АТО), які знаходились у 2015 році з розладами психіки та поведінки в психіатричних і наркологічних стаціонарах, складає 3791 особу. З них через уживання психоактивних речовин (ПАР) – 1877 осіб або 49,5% від усіх осіб (учасників АТО).

### ***Механізми виникнення адиктивної патології***

У деякої частини військовослужбовців, у тому числі й серед здорових осіб, на тлі стресового впливу, поряд зі зростанням агресивності та посиленням депресивних проявів, зазвичай відбувається збільшення частоти алкоголізації, наркотизації та інших форм відхильної поведінки. Багато авторів вважають, що **алкоголізм і наркоманія виникають як вторинний симптом по відношенню до розладів, пов'язаних зі стресом (невротичних і афективних), а основним механізмом розвитку залежності є підсвідоме прагнення до позбавлення від них.** Наркотизація розглядається ними як процес вироблення механізмів “подолання стресу”, в якому ПАР відіграють роль своєрідних “транквілізаторів”, що купірують (усувають болісні явища) тривогу та дозволяють “піти від реальності”, обумовлюючи тим самим мотивацію їх прийому (відомо, що алкоголь, опіати, каннабіоїди,

включаючись у нейрохімічні механізми, надають виразний анксиолітичний (протитривожний) ефект). Поряд із цим підкреслюється, що виникненню адиктивних розладів сприяють особистісні девіації – деякі типи акцентуацій характеру й психопатій, відсутність соціально спрямованих інтересів, переважання гедоністичної<sup>10</sup> установки, дефекти виховання та ін.

Формування адиктивних розладів у мирних умовах і в бойовій обстановці має істотні відмінності. Якщо в умовах звичайного життя провідна роль належить спадковій обтяженості, порушеному онтогенезу<sup>11</sup>, психологічній схильності до делінквентності, то в бойовій обстановці формування адиктивних розладів обумовлюється стресовим впливом, а особистісна схильність значною мірою визначається чинником низької стійкості до стресу.

У перші місяці, після прибуття в район бойових дій, починають вживати ПАР не тільки ті, хто мав наркотичний досвід до служби в армії, а й військовослужбовці, які в минулому не зловживали ні алкоголем, ні наркотиками. Терміни початку формування адикції мало відрізняються від термінів розвитку реактивних станів. Переважають мотиви, що відображають потребу в зміні психічного стану – атарактичні (досягнення психологічного комфорту) та гедоністичні (задоволення).

В осіб із адиктивними розладами, сформованими в довоєнний період, у анамнезі частіше виявляються фактори обтяженої спадковості та викривлених типів сімейного виховання, більш характерні низька шкільна успішність під час навчання, агресивна форма поведінки, правопорушення, конфлікти в мікросоціальному середовищі. У період служби в районі бойових дій у таких військовослужбовців переважають гедоністичні мотиви вживання психоактивних речовин із формальною критикою або повною відсутністю критичної оцінки до наркотизації. Зловживання ПАР часто супроводжується вчиненням дрібних крадіжок і

---

<sup>10</sup> Гедонізм (грец. *hedone*) – “насолюда, задоволення, егоїстичне прагнення.

<sup>11</sup> Онтогенез (грец. *on, ontos* – *те, що існує; істота* + *genesis* – *походження, народження*) – індивідуальний розвиток особини з моменту зародження до смерті. Формування основних структур психіки індивіда протягом його дитинства.

розкраданням військового майна, як правило, з метою обміну його на алкоголь або наркотики. В цілому, адиктивні розлади в умовах бойової обстановки представлені переважно донозологічними формами зловживання (адиктивною поведінкою). Початковий етап їх формування має виразний реактивний характер і тісно пов'язаний з розвитком у подальшому тривожно-депресивної симптоматики, що може призвести до небойових втрат.

### **3.3. Агресивна поведінка**

*Агресією* вважається фізична або вербальна поведінка, спрямована на заподіяння шкоди комусь. Агресія може проявлятися в прямій формі, коли людина з агресивною поведінкою не схильна приховувати її. Вона безпосередньо та відкрито вступає в конфронтацію з ким-небудь з оточення, висловлює в його бік погрози або проявляє агресивність у діях. У непрямій формі агресія приховується під особистою неприязню, єхидством, сарказмом або іронією і, таким чином, тиском на “жертву”.

Різноманітні форми насильства й правопорушення проти особистості нерідко зустрічаються і в Збройних Силах, незважаючи на сувору статутну регламентацію взаємовідносин військовослужбовців.

*Види агресивних дій.*

Існують такі види агресивних дій:

- 1) фізична агресія (напад);
- 2) непряма агресія (злісні плітки, жарти, вибухи люті, що проявляються криком, тупанням ногами тощо);
- 3) схильність до роздратування (готовність до прояву негативних почуттів при найменшому збудженні);
- 4) негативізм (опозиційна манера поведінки від пасивного опору до активної боротьби);
- 5) образа (заздрість і ненависть до оточуючих за реальні та вигадані відомості);
- 6) підозрілість – у діапазоні від недовіри та обережності до

переконання, що всі інші люди завдають шкоди або планують це;

7) вербальна агресія (прояв негативних почуттів як через форму – сварка, крик, вереск, так і через зміст словесних відповідей – загроза, прокляття, лайка).

Різні види агресивних дій можуть бути обумовлені різними чинниками й входити до структури різних типів девіантної поведінки. Агресивність осіб із психічною патологією у вигляді психопатологічного й патохарактерологічного типів поведінки відрізняється лише особливостями мотивації та симптоматикою захворювань.

За характером об'єкта розрізняють гетеро- та аутоагресію, між якими існують тісні, глибинні зв'язки. Відповідно до провідного причинного чинника розрізняють агресію-напад і агресію-захист.

Незначна частина тяжких правопорушень здійснюється психічно хворими. Зокрема, серед вбивств частка таких випадків становить 3-5%. Найбільш криміногенними є чотири форми психічної патології: шизофренія (64%), наслідки черепно-мозкових травм (9%), алкоголізм (7%) і розумова відсталість (7%).

Агресія також може бути представлена у вигляді дихотомії (фізична - вербальна, активна - пасивна, пряма - непряма) (таблиця 3.1).

*Таблиця 3.1*

Типи агресії (за А. Бассом)

Тип агресії	Приклади
Фізична активна пряма	Нанесення іншій людині ударів холодною зброєю, побиття або поранення з використанням вогнепальної зброї
Фізична активна непряма	Закладка мін-пасток, змова з найманим вбивцею з метою знищення ворога
Фізична пасивна пряма	Намагання фізично не дозволити іншій людині досягти бажаної мети або зайнятися бажаною діяльністю (наприклад, сидяча демонстрація)
Фізична пасивна непряма	Відмова від виконання необхідних завдань (наприклад, відмова звільнити територію під час сидячої демонстрації)

Вербальна активна пряма	Словесна образа або приниження іншої людини
Вербальна активна непряма	Поширення наклепу або пліток про іншу людину
Вербальна пасивна пряма	Відмова розмовляти з іншою людиною, відповідати на її запитання тощо
Вербальна пасивна непряма	Відмова дати певні словесні пояснення чи роз'яснення (наприклад, відмова висловитися на захист людини, яку незаслужено критикують)

### 3.4. Аутоагресивна поведінка

#### *Форми й поширеність аутоагресивної поведінки*

Аутоагресивна поведінка, на відміну від агресивної, спрямована на заподіяння шкоди самому собі. До форм аутоагресії відносяться: суїцидальна поведінка (завершені самогубства, суїцидальні спроби – справжні й демонстративно-шантажні) та аутоагресивні несуїцидальні дії (самоушкодження).

Критеріями суїцидальної поведінки є бажання накласти на себе руки та знання наслідків своїх дій. Самогубство – це не симптом, не синдром і навіть не ознака психічної аномалії, – це форма поведінки людини, що потрапила в складну ситуацію (психологічну кризу).

Суїцид – це соціально-психологічна дезадаптація особистості в умовах мікросоціального конфлікту, що переживається людиною. Сукупність суїцидентів представлена трьома основними діагностичними категоріями: *хворими на психічні захворювання, граничними нервово-психічними розладами та практично здоровими особами.*

Збереження життя й здоров'я особового складу, ефективність виконання завдань військовослужбовцями багато в чому залежать від можливості командирів (начальників) і особового складу правильно розпізнавати ознаки передсуїцидальної поведінки, вміння організовувати та надавати першу психологічну допомогу в разі виникнення ознак негативних психічних реакцій і станів.

Командири та їх заступники повинні бути “як джгут”, який накладають для зупинки кровотечі.

Самогубство є однією з трьох основних причин смерті молодих людей у віці від 15 до 35 років.

Кожне самогубство, так чи інакше, зачіпає не менше шести інших людей.

Психологічний, соціальний та економічний вплив самогубства на сім'ю загиблого, на його найближче оточення є непомірно великим.

### ***Особливості суїцидальної поведінки у військовослужбовців***

Суїцидальна поведінка – аутоагресивна поведінка, що проявляється у вигляді фантазій, думок, уявлень або дій, спрямованих на самоушкодження або самознищення, і, принаймні, в мінімальному ступені мотивована явними або прихованими інтенціями<sup>12</sup> до смерті.

Суїцид – складномотивований поведінковий акт, у якому тісно переплітаються соціальні, психологічні та психофізіологічні чинники.

Це протиприродний і кардинальний крок, тому рішення на його вчинення визріває не миттєво. *Йому, як правило, передують більш-менш тривалий період переживань, боротьби мотивів і пошуку виходу з ситуації, що склалася.*

Динаміка розвитку суїцидальної поведінки складається з таких етапів:

- виникнення конфлікту суб'єктивно великої тривалості та інтенсивності;
- усвідомлення нездоланності перешкоди, протиріччя;
- руйнування системи життєвих перспектив;
- прийняття рішення про суїцидальну дію;
- суїцидальна дія (спроба).

Суїцидальну поведінку (самоушкодження або самогубство) можна розглядати як парадоксальний і дезадаптивний спосіб

---

<sup>12</sup>*Інтенція* – намір, мета, задум, конкретна спрямованість психічної активності (свідомості), волі, почуттів людини на певний об'єкт.

подолання кризової ситуації в суб'єктивному сприйнятті індивіда.

Надзвичайно велику негативну роль у скоєнні суїцидальних дій відіграє алкоголь (понад 60% таких дій відбувається в стані алкогольного сп'яніння). З одного боку, алкоголь полегшує виникнення суїцидальних думок, з іншого – при їх наявності полегшує реалізацію. Майже всі особи, що вдаються до суїцидальних дій, мають такі особливості характеру й поведінки, як замкнутість, надмірну чутливість, хворобливе самолюбство, відчуття неповноцінності, невдачі, ізолюваності, відсутності поваги й турботи з боку оточуючих.

Суїцидальні думки в осіб молодого віку з'являються, як правило, безпосередньо за виникненням складної ситуації (психічної травми). Це подібно до реакції “короткого замикання”. Передсуїцидальний період триває від декількох годин до декількох діб. Привід до здійснення самогубства часто відповідає реальній причині.

*В умовах бойової обстановки у певної кількості військовослужбовців, при існуючій щоденній небезпеці для життя, відбувається зниження цінності життя та притуплення почуття небезпеки. Тим самим послаблюється інстинкт самозбереження, полегшується реалізація суїцидальних думок, вчинення ризикованих дій, внаслідок яких можна загинути.*

Війна, як правило, сприяє закріпленню в особистості рис агресивності, жорстокості, що культивуються по відношенню до противника, але в конфліктних ситуаціях вони можуть проявлятися й у відношенні до оточуючих. Встановлено, що навіть гетероагресивне за змістом переживання (помста, протест, шантаж) можуть поміняти спрямованість і призвести до аутоагресивних дій.

Згідно зі стандартами НАТО, діагностику, лікування та профілактику порушень психічного здоров'я, емоційних та поведінкових розладів здійснює спеціально навчений медичний персонал. За українськими державними стандартами це може бути лікар-психіатр, лікар-психотерапевт, лікар-психофізіолог, лікар-психолог та спеціально підготовлена медична сестра (фельдшер).



Оцінка ризику суїциду є одним із найбільш важливих і важких завдань сучасної превентивної медицини та стосується не тільки лікарів, фахівців у галузі психіатрії, але й практичних психологів.

Оцінка ймовірності скоєння суїциду ускладнена через наявність досить великої групи чинників ризику суїциду та їх неспецифічність. Так, деякі військовослужбовці, які скоїли суїцид, не належали до жодної з відомих груп ризику.

У рекомендаціях Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) приблизну шкалу оцінки суїцидального ризику складають чотири рівні:

- ризик відсутній;
- незначний;
- помірний;
- високий.

За основу профілактичного прогнозу рівнів суїцидального ризику береться інтегральна оцінка, що складається з суїцидальних і антисуїцидальних чинників. *Антисуїцидальні чинники є особистісним ресурсом у процесі адаптації та реабілітації як в індивідуальній, так і в груповій корекційній роботі фахівців.*

***За рівнями шкали оцінки ризику девіантних форм поведінки рекомендовано такі дії:***

1. *Низький ризик* (нормальні реакції на стресові чинники):

- медична допомога у зв'язку з соматичною патологією може бути надана після повернення в ППД;
- не потребують подальшої участі в соціальних програмах підтримки.

2. *Середній ризик* (військовослужбовці потребують корекції поведінкових реакцій, але не несуть високої загрози для себе та оточуючих):

- інформація про ризик неадекватної поведінки надсилається до медичної (психолого-психіатричної) служби в ППД за 2 дні до відправлення військовослужбовця з району виконання завдань за призначенням;

- не потребує примусового лікування, але потребує участі в

соціальних програмах підтримки.

3. *Високий ризик* (військовослужбовці, які складають групу високого ризику щодо розладів поведінкових реакцій після повернення в ППД):

- інформація про ризик неадекватної поведінки надсилається до командирів підрозділів;

- інформація про ризик неадекватної поведінки надсилається до медичної (психолого-психіатричної) служби в ППД за 2 дні до відправлення військовослужбовця з району виконання завдань за призначенням;

- рекомендовано перебування військовослужбовців під пильним наглядом керівництва військової частини;

- завчасне інформування безпосередніх командирів про подальше проходження військової служби в умовах ППД.

Існуючі інструменти скринінгової діагностики, спрямовані на виявлення осіб, що належать до групи підвищеного ризику суїциду, побудовані таким чином, що в деякій мірі переоцінюють ймовірність суїцидальної поведінки індивіда в майбутньому.

Психологічна діагностика спрямована на визначення ступеня вираженості суїцидальних намірів, комплексного супроводу та стратегій надання психологічної допомоги.

Робота психолога та посадових осіб, які безпосередньо працюють з особовим складом, вимагає, в першу чергу, теоретичних знань, знання методів і методик психологічної діагностики суїцидальної поведінки, а також хороших навичок їх практичного застосування.

Спеціаліст, який здійснює діагностику, повинен точно уявляти зміст і призначення методик, якими він користується, знати їх теоретичне обґрунтування. Крім того, він повинен чітко орієнтуватися в реальній ситуації обстеження, брати відповідальність за отримання, використання та зберігання психологічної інформації. Спочатку використовуються методи психодіагностичної бесіди й самозвіту. Діагностичний інструментарій психологічної оцінки може використовуватися як

додатковий при роботі з профілактики та корекції суїцидальної поведінки. Всі методики й методи розраховані на здорових у психічному сенсі військовослужбовців.

### **ПАМ'ЯТАЙТЕ!**

- ✓ Загальна **мета** усіх суїцидів – пошук виходу.
- ✓ Загальна **задача** усіх суїцидів – припинення свідомості.
- ✓ Загальний **стимул** при суїциді – нестерпний психічний біль.
- ✓ Загальним **стресором** при суїциді є фрустровані психологічні потреби.
- ✓ Загальною **суїцидальною емоцією** є безпорадність, безнадійність.
- ✓ Загальним **внутрішнім ставленням** до суїциду є амбівалентність – бажання жити відчувається одночасно з бажанням померти.
- ✓ Загальним **станом** психіки є звуження когнітивної сфери.
- ✓ Загальною **дією** при суїциді є “втеча”.
- ✓ Загальним **комунікативним актом** при суїциді є повідомлення про свої наміри.
- ✓ Загальною **закономірністю** є відповідність суїцидальної поведінки загальному стилю поведінки протягом життя (помисливість, тривога, афективність у діях).

### **Швидкі стратегії діагностики суїциду**

1. *Якісне проведення бесіди.* Ви отримаєте додаткову інформацію про суїцидальну поведінку військовослужбовця. Бажано провести бесіду відповідно до рекомендацій Е. Гроллмана (Додаток 24).

2. *Випадіння “в осадок”.* Аналізується те, що було (що сталося) нещодавно з військовослужбовцем, наприклад, тиждень тому, те, що може бути каталізатором.

3. *Визначення чинників ризику,* що присутні зараз і можуть сприяти (провокувати) суїцидальну поведінку й надалі.

4. *Визначення чинників захисту* – вивчаються обов’язково. Це позитивні фактори, як “інь” і “янь”. Ці позитивні чинники можуть утримати від скоєння суїциду. Наприклад, любов до сім’ї та ін.

5. *Збір даних* – процедура обов’язкова, навіть якщо військовослужбовець усе розповідає. Це дані від оточення: друзів, командирів, членів сім’ї. Найкращий спосіб дізнатися про психологічний стан військовослужбовця – поговорити з його близьким оточенням. Потім отримана інформація зіставляється з тим, що розповідає солдат. Це найкраща стратегія.

6. *Номер кризової служби, “гарячої” лінії*. Обов’язково необхідно проконтролювати, щоб такий номер був у солдата в мобільному телефоні. Ви можете йому сказати, що можливо він йому не знадобиться, але краще, щоб він був у телефоні, навіть на випадок, коли раптом допомога знадобиться комусь зі співслужбовців.

7. Психолог, посадові особи, які безпосередньо працюють з особовим складом, у якого є суїцидальні схильності, повинні мати три стратегії: *основну; альтернативну; резервну*.

Після бесіди психолог призначає військовослужбовцю наступну зустріч, попереджає військовослужбовця про свої дії у випадку не явки його на бесіду, розповідає йому план спільної роботи. Обов’язково доповідає командирі необхідну інформацію. Командир контролює виконання військовослужбовцем плану спільної роботи з психологом.

8. Якщо військовослужбовець має скарги, то в бесіді психолога обов’язково повинні бути такі запитання:

- Коли почалося ... ?;
- Як часто ...?;
- Як це впливає ... ?;
- Що ти зробив, щоб це виправити ...?
- Що ти можеш зробити сам, щоб виправити, вирішити проблему ...?

*Суїцидальні тенденції* можливо умовно поділити на такі *етапи*:

1. Впливу суїцидальних чинників;
2. Виникнення суїцидальних думок;
3. Суїцидальних погроз;
4. Пресуїцидальних дій (вибір способу);
5. Суїцидальної спроби;
6. Постсуїцидальної кризи у суїцидів.

### ***Довідково***

*Поведінка, що відхиляється від норми, у військовослужбовців в умовах війни може детермінувати небойові втрати.*

*Відповідно до наказу Міністерства оборони України № 333 від 26.05.2014 р. “Про затвердження Інструкції з організації обліку особового складу Збройних Сил України”, безповоротні втрати становить особовий склад, який безповоротно вибув із Збройних Сил унаслідок загибелі (смерті), полону, зникнення безвісти та з інших причин.*

*Безповоротні втрати розділяються на бойові та небойові. До небойових безповоротних втрат відносяться особи, які: померли в закладах охорони здоров'я через хворобу та з інших причин, не пов'язаних з участю в бойових діях; покінчили життя самогубством; загинули від необережного поводження зі зброєю, в аваріях, катастрофах та інших випадках, не пов'язаних із виконанням завдань командування.*

***Психологічна оцінка надзвичайних подій здійснюється командиром, заступниками командира та офіцером-психологом шляхом їх залучення до проведення службового розслідування за фактами:***

- суїцидів і суїцидальних спроб серед особового складу;
- випадків загибелі, травмування;
- виникнення конфліктних відносин у колективі, що містять ознаки загрози життю та здоров'ю військовослужбовців і можуть перешкоджати виконанню службових завдань.

***Вивчення психологічних аспектів надзвичайних подій складається з таких етапів:***

- аналіз документів;
- аналіз інформації про причини, умови, обставини суїциду чи конфлікту;
- вивчення механізму скоєння суїциду (у хронологічній послідовності);
- аналіз стану психопрофілактичної роботи з особовим складом підрозділу;
- складання психологічного портрету особи, яка скоїла суїцид чи причетна до конфлікту;
- складання довідки про психологічні аспекти суїциду чи конфлікту, що долучається до матеріалів службового розслідування.

Бланк-карта соціально-психологічного висновку суїцидального випадку представлена в додатку 25.

### ***Рекомендації командирам***

1. Заходи щодо профілактики суїцидів серед підлеглого особового складу повинні бути включені до особистих планів роботи командирів (начальників) усіх рівнів.

2. Головні зусилля профілактичної роботи з особовим складом необхідно зосередити на військовослужбовцях – учасниках АТО та ООС, неодружених (розлучених), тих, які мають тривалі напружені міжособистісні та внутрішньосімейні взаємостосунки, значні боргові (кредитні) зобов'язання, зловживають психоактивними речовинами, мають інші залежні форми поведінки.

3. Посилену профілактичну роботу проводити: за періодами року – з квітня по травень та з жовтня по листопад; післясвятковий день, та передсвятковий день; за місцем перебування – в районі проведення операції Об'єднаних сил впродовж 10 днів після та перед ротацією.

4. Організувати контроль за умовами проживання військовослужбовців, які прибули для подальшого проходження військової служби (прийняті на військову службу за контрактом) – протягом 20 днів з дня зарахування до списків військової частини.

5. Спланувати створення спеціальних програм підтримки

сімей військовослужбовців, оскільки до самогубства військових підштовхує не лише депресія, постійний стрес, але й складності в сімейних стосунках, хвилювання за сім'ю.

6. На кожного військовослужбовця розробити та впровадити Картку ризику суїцидальності, яку долучити до Карти психологічного супроводу (Додаток 2).

7. Для військовослужбовців, яких зараховано до ГППУ з підстав суїцидальної активності (передсуїцидальної поведінки, висловлювання намірів покінчити життя самогубством для призупинення виконання службово-бойових завдань, переведення до нового місця служби тощо), залежно від їх актуального психологічного стану та з метою гарантування безпеки методами догляду та соціальної підтримки визначити такі види супроводу: супровід товаришем, цілодобовий супровід (Додаток 26).

8. У процесі психологічного супроводу забезпечити узгоджену взаємодію спеціалістів різних управлінь та служб щодо комплексного рішення проблемних питань профілактики, лікування та реабілітації, здійснення психодіагностичних обстежень, аналізу отриманих результатів та надання пропозицій для прийняття відповідних управлінських рішень.

9. Заходи із запобігання суїцидам реалізовувати у формі занять, бесід, демонстраційних матеріалів, медичних оглядів, спостережень із метою раннього виявлення осіб з ознаками девіантної поведінки (поведінки з відхиленнями від загальноприйнятих норм, поведінки, що характеризується змінами настрою, нетиповими емоціями, вчинками), надання їм всебічної підтримки та допомоги.

10. Заняття з питань запобігання суїцидам проводити в умовах повсякденної діяльності військ, а також у підготовчий період застосування військ (період бойового злагодження, період, що передує етапу відбуття в район виконання завдань за призначенням); у районі виконання завдань за призначенням (за можливості); в умовах повернення до пункту постійної дислокації. До занять залучаються попередньо підготовлені з питань

запобігання суїцидам військовослужбовці, командири та їх заступники, військові психологи, медичний персонал, капелани.

11. Здійснювати контроль за процесом адаптації новоприбулих військовослужбовців у військовому колективі та забезпечувати наявність у підпорядкованому підрозділі достатньої кількості підготовлених військовослужбовців (як варіант, із розрахунку на взвод одна підготовлена особа – досвідчений військовослужбовець, який користується авторитетом у колективі), що володіють навичками спостереження за співслужбовцями, які мають ознаки схильності до самогубства (самоушкодження), надання їм допомоги (бесіда, відволікання уваги, супровід до медичного персоналу, психолога, капелана, інформування командира про девіантну поведінку товариша по службі).

### ***Додатково***

*Основним завданням кожного військовослужбовця є спостереження за своїм товаришем на предмет наявності девіантної поведінки. У підрозділі вживаються заходи щодо подолання забобонного ставлення до охорони психічного здоров'я, підкреслюється, що психічне благополуччя разом із фізичним та соціальним є рівнозначними складовими здоров'я людини.*

• *На етапі перед відбуттям у район виконання завдань за призначенням основними напрямками роботи є:*

– заняття із запобігання суїцидам та підвищення рівня обізнаності щодо проблеми суїциду, які проводяться військовими психологами;

– раннє виявлення схильності до суїцидальної поведінки у військовослужбовців;

– оцінка ризику скоєння суїциду перед направленням військовослужбовців для виконання завдань за призначенням (наприклад, за допомогою Анкети оцінки суїцидального ризику П.І. Юнацкевіча (Додаток 22), яка проводиться психологами.

На заняттях із запобігання суїцидам та підвищення рівня обізнаності щодо проблеми суїциду акцентується увага на



визначенні чинників ризику, що можуть призводити до суїциду, ранніх ознаках суїцидальної поведінки та заходах щодо реагування на неї, а також вживаються заходи щодо формування психологічної стійкості (з урахуванням можливих зовнішніх чинників ризику дезадаптації в бойових умовах) військовослужбовців у екстремальних умовах (Додаток 27). До занять залучаються капелани. Особовий склад медичної служби зважливо реагує на скарги щодо стану здоров'я, звернення військовослужбовців щодо порушення сну, появи депресії, уважно здійснює медичні огляди військовослужбовців, які мали попередній бойовий досвід (пережили бойову психічну травму, мають симптоми посттравматичних стресових розладів), підвищує свій рівень підготовки з надання медико-психологічної допомоги.

Командири сприяють проведенню таких занять, забезпечують відповідну морально-психологічну налаштованість у військовому підрозділі (частині), припиняють будь-які випадки нестатутних взаємовідносин, реагують на соціально-побутові проблеми військовослужбовців, через військових психологів забезпечують розміщення в приміщеннях частини інформаційних матеріалів із питань запобігання суїцидам (вживання психоактивних речовин).

Раннє виявлення схильності до суїцидальної поведінки серед військовослужбовців передбачає: контроль за станом здоров'я та поведінки осіб, за якими спостерігалися девіантні форми поведінки; осіб, які мають хронічні розлади сну, приймають антипсихотичні засоби, схильні до вживання алкоголю. У разі потреби лікар надає пропозиції командирів військової частини щодо зменшення ризику для здоров'я таких військовослужбовців та оточуючого колективу. *За даними західних експертів, лише після досягнення стабільності поведінки зазначених осіб протягом 3-х місяців, ймовірність скоєння суїциду в районі застосування військ значно зменшується.* Оцінка ризику скоєння суїциду перед направленням військовослужбовців для виконання завдань за призначенням (повинна проводитися також під час поглиблених медичних обстежень та після повернення) здійснюється за допомогою

опитувальника SAD Persons (Додаток 28), який дозволяє оцінити ризик скоєння суїциду у військовослужбовців. Особи, які за результатом оцінювання віднесені до групі високого ризику скоєння суїциду, направляються на огляд до лікаря військової частини.

- *На етапі виконання завдань за призначенням* основними напрямками роботи командирів, психологів, медичного персоналу, капеланів є: проведення заходів (акцентування уваги на проблемах суїцидів, обережного поводження зі зброєю та ін.) із запобігання суїцидам щонайменше в перший місяць і на шостий та десятий місяць (інколи) перебування в районі виконання завдань за призначенням. Силами психологів здійснюється оцінювання психологічних проблем у військових підрозділах, за результатами якого звертається увага командирів на актуальні питання покращення морально-психологічного стану у військових колективах. Командири повинні підтримувати відкритість у спілкуванні, не приховувати від підлеглих ситуацію, підбадьорювати їх власним прикладом. У зв'язку зі зростанням частки самогубств в районі виконання бойових завдань унаслідок використання стрілецької, вибухової зброї, особам з розладами поведінки доцільно доручати обов'язки, що безпосередньо не пов'язані із застосуванням зброї, але необхідні для діяльності підрозділу.

Важливою є робота військових священників (капеланів), які забезпечують задоволення релігійних потреб військовослужбовців, проводять релігійно-освітню роботу, індивідуальну душпастирську опіку особового складу.

Медична допомога особам, які схильні до суїциду або які мали спробу скоєння суїциду, надається в загальній системі лікувально-евакуаційного забезпечення військ. Для підсилення спроможностей з надання медико-психологічної допомоги в районі виконання завдань за призначенням, за рішенням старшого медичного начальника організовуються мобільні позаштатні групи з охорони психічного здоров'я, які працюють на базі військових мобільних

госпіталів, медичних рот, цивільних лікувальних закладів у зоні проведення операції Об'єднаних сил, у базових таборах.

- *На етапі повернення з району виконання завдань за призначенням, відновлення після участі особового складу в бойових діях* проводяться такі ж самі заходи, як і під час повсякденної діяльності. Разом з тим на фоні бойової втоми та зниження адаптаційних резервів можливою є поява девіантної поведінки у військовослужбовців. Так, основними проблемами учасників бойових дій є страх, демонстративність поведінки, агресивність, замкнутість, тривожність і підозрілість. Особи з девіантною поведінкою часто мають конфлікти в сім'ї, з родичами, колегами по роботі, спалахи гніву, зловживають ПАР.

Крім того, у них відзначається нестійкість психіки, при якій навіть незначні життєві проблеми чи труднощі штовхають людину на самогубство; особливі види агресії; прояви ПТСР. Тому, з метою запобігання суїцидам, необхідно здійснювати моніторинг психічного здоров'я та психофізіологічного стану військовослужбовців. За результатами моніторингу, який проводиться медичним персоналом, психологами виявляються особи, які потребують допомоги, та визначається необхідний її обсяг, звертається увага на осіб, які мали черепно-мозкові травми. Особи з високим ризиком заподіяння шкоди собі або оточуючим направляються на медичний огляд (стаціонарне лікування) до військового госпіталю. За показаннями та рішенням госпітальної військово-лікарської комісії, військовослужбовці можуть направлятися на медико-психологічну реабілітацію до центрів медичної реабілітації та санаторного лікування (військових санаторіїв). У зв'язку з тим, що певна частина суїцидів трапляється в період після служби або під час перебування у відпустці, важливим у запобіганні суїцидам є проведення бесіди психологом на предмет важливості сімейних цінностей, необхідності підтримки власного здоров'я. Осіб, які звільняються з військової служби (демобілізуються) та мають або мали поведінкові розлади, розлади психіки, лікар частини направляє до Територіального центру

комплектування та соціальної підтримки (військового комісаріату) за місцем призову. Витяг із медичної книжки щодо наявності в анамнезі порушень психічного здоров'я (який потім повинен враховуватися під час медичних оглядів у разі повторного призову на військову службу) передається для врахування в роботі до психоневрологічних диспансерів за місцем прописки військовослужбовця.

## РОЗДІЛ 4

### РОБОТА З ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ ГРУПИ ПОСИЛЕНОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ УВАГИ

#### *Сутність та завдання*

*Група посиленої психологічної уваги (ГППУ)* – це військовослужбовці, які через свої певні соціальні та психофізіологічні особливості й події в їх житті, що відбулися до та під час проходження військової служби, потребують поглибленого психологічного спостереження, контролю й надання цільової індивідуальної соціально-психологічної допомоги та корекції.

Включення військовослужбовців до ГППУ здійснюється за певними ознаками на основі вивчення документів, результатів психологічного діагностування, індивідуальної бесіди та спостереження.

Робота з ГППУ включає систему комплексних заходів психологічного та виховного характеру, що здійснюється з **метою**:

- своєчасної профілактики та попередження проявів девіантної поведінки серед військовослужбовців;
- підвищення рівня адаптаційних можливостей військовослужбовців до умов службової діяльності;
- збереження психічного й фізичного здоров'я військовослужбовців.

Рішення про зарахування військовослужбовця до ГППУ приймається командиром (начальником) військової частини (заклади, установи) за наявності підстав та письмового звернення:

- психолога військової частини;
- командира (начальника) підрозділу, заступника командира (начальника) військової частини;
- особисто військовослужбовця.

Командири (начальники) мають право на підставі рекомендацій психолога тимчасово звільняти військовослужбовців, які зараховані до ГППУ, від виконання службових обов'язків у

складі військових нарядів, чергувань, для надання їм психологічної допомоги та здійснення заходів психопрофілактики, психологічної реабілітації з подальшим прийняттям рішення щодо їх допуску до самостійного несення служби (несення служби зі зброєю).

**Підставою для виключення з ГППУ є:**

- стійкі позитивні зміни в психоемоційному стані, поведінці, службі та побуті;
- позитивні результати повторної психодіагностики;
- прийнятний рівень адаптації до умов військової служби, який відображається в результатах виконання завдань і в результатах навчання, а також у характеристиці безпосереднього командира.

У повсякденній діяльності робота з військовослужбовцями ГППУ проводиться за визначеним порядком: постійно відслідковується динаміка (покращення або погіршення) психоемоційного стану військовослужбовців цієї групи, зміни їх поведінки, проводиться відповідна психопрофілактична та психокорекційна робота. Жоден військовослужбовець, який віднесений до ГППУ, **не допускається** до несення вартової служби.

В умовах військового конфлікту (ведення бойових дій) психопрофілактична робота з військовослужбовцями ГППУ посилюється з метою запобігання випадків дезертирства, правопорушень із застосуванням зброї, мародерства, при цьому враховується збільшення кількості військовослужбовців ГППУ через отримання бойових психічних травм.

*Робота військового психолога щодо визначення осіб, які потребують посиленої психологічної уваги, включає такі складові:*

- соціально-психологічне вивчення та психологічне обстеження військовослужбовців із метою виявлення осіб, що мають ознаки, за якими їх потрібно включити до складу ГППУ;
- відпрацювання матеріалів, на підставі яких виявлені військовослужбовці включаються до ГППУ (оформлені результати соціально-психологічного вивчення та психологічного обстеження, результати психологічного супроводу службової діяльності,

інформація, яка надана керівництвом військовослужбовця, безпосереднім оточенням, близькими, рідними, самою особою);

- підготовка пропозицій для прийняття рішення щодо зарахування військовослужбовця до складу ГППУ за результатами соціально-психологічного вивчення та наявної психологічної інформації;

- моніторинг впливу чинників службової і бойової діяльності, побутових, соціальних та інших чинників на психологічний стан і психіку військовослужбовців, контроль психогігієнічних умов їхньої службової діяльності;

- навчання посадових осіб, які мають у своєму підпорядкуванні особовий склад, основам психологічного оцінювання з метою залучення їх до контролю та оцінки психологічного стану підлеглих;

- моніторинг психологічного стану військовослужбовців, аналіз та оцінка результатів моніторингу, прогноз змін психологічного стану особового складу в поточних умовах військово-професійної діяльності;

- підготовка та надання рекомендацій командуванню військової частини, командирам підрозділів щодо забезпечення оптимальних психологічних чинників військово-професійної діяльності особового складу; контроль стану виконання наданих рекомендацій.

В основі роботи щодо виявлення у військовослужбовців ознак, за якими вони зараховуються до складу ГППУ, є збирання, аналіз та оцінювання психологічної інформації про особовий склад. Психологічна інформація отримується шляхом застосування методів соціально-психологічного вивчення та психологічного обстеження, основними з яких є: аналіз документів; бесіда; тестування; анкетування (соціологічне опитування); спостереження; аналіз результатів службової діяльності; узагальнення незалежних характеристик.

Форма оформлення результатів психологічного обстеження військовослужбовця представлена у додатку 29.

З метою своєчасного узагальнення, уточнення та накопичення психологічної інформації про особовий склад, психолог веде записи щодо індивідуального динамічного психологічного вивчення військовослужбовців.

***Підстави для прийняття рішення щодо зарахування військовослужбовця до ГППУ:***

1. Перебування в екстремальних (бойових) умовах, пов'язаних із загибеллю, пораненням, травмуванням людей (за наявності психотравмуючих ознак).

2. Ознаки, що вказують на можливу схильність до суїцидальної поведінки (наявність суїцидальних спроб (дій), інших форм суїцидальної поведінки (суїцидальні думки, суїцидальні задуми, суїцидальні висловлювання, суїцидальні наміри); факти самогубства рідних чи близьких (матері, батька, рідних сестер, братів, близьких значущих людей); показники за відповідними психодіагностичними методиками та шкалами методик, що вказують на наявність чинників суїцидального ризику.

3. Ознаки психологічної травматизації внаслідок бойових дій (труднощі із засинанням або поганий сон (ранні пробудження); дратівливість або спалахи гніву; труднощі із зосередженням уваги; підвищений рівень стривоженості, пильності, стан постійного очікування загрози; гіпертрофована реакція переляку та ін.).

4. Ознаки психологічної травматизації внаслідок об'єктивно значущих життєвих подій (смерть близької людини, розлучення, примусове переведення з попереднього місця служби, конфліктне звільнення з роботи тощо).

5. Особисте звернення військовослужбовця (підтверджене висновками психолога).

6. Згідно з рекомендаціями лікаря-психіатра.

7. Ознаки, що виявляються в індивідуальних психологічних особливостях (схильність до невротичних та депресивних реакцій; акцентуації характеру, які обумовлюють виражені негативні риси особистості, нервово-психічна нестійкість, яка визначена за результатами спостереження за поведінкою людини та



показниками відповідних психодіагностичних методик; стан дезадаптації, фрустрації).

8. Ознаки, пов'язані з індивідуальним станом здоров'я та фізичними властивостями (наявність важких черепно-мозкових травм у минулому; особи, які знаходилися на обліку в психіатричних або наркологічних лікувальних закладах; особи, які під час проходження служби стаціонарно лікувались (обстежувалися) в психіатричних лікувальних закладах; часта відсутність на службі через стан здоров'я).

9. Схильність до девіантної поведінки (визначається: наявністю протиправної (делінквентної) поведінки (судимість, приводи до органів МВС, перебування на обліку в поліції, систематичні випадки порушення військової дисципліни на службі та в побуті); схильністю до адиктивної поведінки (часті випадки вживання алкогольних напоїв та/або епізоди використання наркотичних та інших психоактивних речовин; зневажливим ставленням до норм поведінки та міжособистісного спілкування, брутальністю, розв'язністю, конфліктністю, емоційною холодністю, невмотивованою та/або неконтрольованою агресивністю, манірністю, неадекватною поведінкою, усамітненням).

10. Негативний психоемоційний стан (підтверджений тестуванням).

11. Особи з вкрай низьким соціальним статусом (визначаються за результатами відповідних соціально-психологічних досліджень, за допомогою соціометрії, вивчення соціально-психологічного клімату в колективі, рівня соціально-психологічної адаптації).

12. Ознаки, пов'язані з негативними результатами службової діяльності (слабка особиста зацікавленість у виконанні посадових обов'язків, низька загальна працездатність протягом тривалого часу, наявність яскраво вираженої корисливої особистісної спрямованості, схильність до корупційних проявів; наявність події (подій) в службовому чи особистому житті, що негативно впливає

на психоемоційний стан, психологічна криза).

13. Особи, які виявляють підвищену агресивність, конфліктність, нездорові настрої.

14. Труднощі, пов'язані з процесом адаптації до умов службової діяльності.

У процесі соціально-психологічного вивчення слід звернути увагу на наявність ознак поведінки, що свідчать про психопатичні риси особистості:

- відверта непокора (нез'ясована, безглузда), впертість;
- повна відсутність ефекту від бесід, покарань;
- надмірно швидка зміна настрою, захоплень, схильностей, нестійка поведінка, явно легковажні вчинки;
- часті сварки, конфлікти з товаришами, безглузда грубість, злобливість, постійні сперечання;
- прагнення привернути до себе увагу будь-яким чином, бути у всіх на очах, у центрі уваги, виражений егоїзм, егоцентризм, бравування загрозами самогубства;
- самоприпинення, постійна пригніченість, неадекватна лякливість, думки про самогубство;
- виразна неадекватність поведінки, навіть зі шкодою для себе, незрозумілі вчинки;
- надмірний педантизм;
- цинізм;
- гіпертрофована сором'язливість щодо протилежної статі, неадекватний страх перед жінками.

За наявності деяких перерахованих ознак рекомендується додатково провести диференціальну діагностику з метою виключення клінічних форм психопатії.

За підсумками психодіагностичної бесіди психологом звертається увага на такі ознаки в поведінці військовослужбовця (ознаки аналізуються як окремо, так і в поєднанні): демонстрація негативного ставлення або відвертої байдужості до факту спілкування з психологом; поведінка має агресивний або депресивний характер; наявність упереджених висловлювань;

засвідчення нестійкої або негативної мотивації щодо професійної діяльності; висловлювання містять елементи нещирості; наявний провокативний характер висловлювань про об'єктивні труднощі професійної діяльності, невідповідність між тим, що говорить військовослужбовець, і тим, як він поводить себе в цей час.

На підставі комплексного аналізу результатів соціально-психологічного вивчення та психологічного обстеження, психолог військової частини готує письмове звернення на командира (начальника) щодо включення військовослужбовців, що потребують індивідуальної соціально-психологічної допомоги, до ГППУ.

Рішення щодо включення військовослужбовця до ГППУ рекомендується оформлювати документально. Серед основних таких документів є:

- службова характеристика;
- медична характеристика;
- висновки (рекомендації) психолога;
- висновки (рекомендації) безпосереднього командира (начальника).

У висновках, які надає психолог, повинна міститись інформація про результати соціально-психологічного вивчення та психологічного обстеження, результати психологічного супроводження службової діяльності військовослужбовця, про складність психологічних проблем особи та рекомендації щодо найбільш ефективних заходів психологічної роботи.

**Психолог повинен:**

- повідомити під особистий підпис військовослужбовця про включення його до складу ГППУ;
- скласти детальний план індивідуальної психопрофілактичної роботи.

У разі відмови військовослужбовця від здійснення стосовно нього психокорекційних заходів, психолог у письмовій формі інформує про це командира військової частини з метою прийняття рішення про допуск військовослужбовця до виконання завдань зі зброєю.

Загальний термін перебування військовослужбовця в ГППУ та обсяг заходів психологічної роботи визначаються психологом і залежить від динаміки змін психологічного стану та результатів проведеної психологічної роботи. У разі, коли психолог виявляє необхідність надання особі з ГППУ психіатричної консультації або медичної допомоги, він доповідає про це керівництву для прийняття рішення.

*Виключення військовослужбовця з ГППУ передбачає аргументований висновок психолога, який включає: зміст проведених психологічних заходів і результати психологічного вивчення, що свідчать про стабілізацію та поліпшення психоемоційного стану. При цьому слід особливо відмітити, що виключення військовослужбовця зі списків ГППУ не означає, що він повністю випадає з поля зору психолога. Рекомендується протягом півроку після виключення особи зі складу ГППУ подальше динамічне спостереження.*

### **ПАМ'ЯТАЙТЕ!**

✓ *Психологічна інформація, отримана в процесі вивчення військовослужбовців і військових колективів, має конфіденційний характер і не повинна поширюватися серед особового складу.*

✓ *Відповідні посадові особи повинні забезпечити надійне збереження документів щодо соціально-психологічного вивчення та психологічного обстеження військовослужбовців та не допустити розголошення інформації щодо осіб, які віднесені до ГППУ, та конфіденційної інформації стосовно особистісних даних про військовослужбовців.*

✓ *Інформація про результати психологічного вивчення військовослужбовців, що є в розпорядженні психологів, підлягає розголошенню лише у випадках, передбачених законодавством:*

- за згодою військовослужбовця;
- у разі, якщо дії військовослужбовця становлять загрозу його життю та здоров'ю, або оточуючим.

### **Додатково**

*В армії США розроблено спеціальний інструментарій зі зниження поведінкових ризиків і занепокоєнь у військовослужбовців, який дозволяє командирів вчасно реагувати на поведінкові порушення підлеглих і надавати допомогу (Додатки 30-32).*

### **Приклад із практики**

*Військовослужбовець С., вік 53 роки, підписав контракт на проходження військової служби в Збройних Силах України. У військовій частині А0000 зарекомендував себе як ввічливий, порядний, адекватний солдат. За даними особової справи та результатами професійно-психологічного відбору до ГППУ віднесений не був, бо для цього не було жодних підстав.*

*Під час вирішення побутових проблем (заготівля дров для буржуйки) в районі проведення операції Об'єднаних сил разом зі співслужбовцем О. віком 20 років вирушили до посадки. Пройшовши біля 200 метрів, військовослужбовець О. натрапив на розтяжку та загинув. При цьому військовослужбовець С. отримав незначні поранення.*

*Цю подію С. дуже важко переживав, замкнувся в собі та обмежив коло спілкування, проте залишився в районі проведення операції Об'єднаних сил.*

*Солдат С. намагався відмовлятися від наказів командира, пов'язаних із виконанням завдань за призначенням у команді з військовослужбовцями молодшого віку, а у випадку їх виконання (за таких умов) військовослужбовець С. не міг ефективно працювати в парі, бо постійно намагався вберегти співслужбовця.*

*Після повернення підрозділу до пункту постійної дислокації відбулася бесіда військовослужбовця С. з психологом. У процесі комунікації С. повідомив, що він відчуває провину за смерть молодого побратима, тому й веде себе так, задля того, щоб зберегти життя молодим хлопцям, з якими йде на виконання бойових завдань.*

*Військовослужбовця С., після з'ясування причини такої поведінки, віднесли до ГППУ та розпочали проведення психокорекційних заходів.*

## **РОЗДІЛ 5**

### **ДОСВІД РОБОТИ ВІЙСЬКОВИХ КЕРІВНИКІВ АРМІЇ США, СПРЯМОВАНОЇ НА УПРАВЛІННЯ БОЙОВИМ ТА ВІЙСЬКОВО-ПРОФЕСІЙНИМ СТРЕСОМ**

В країнах НАТО контроль бойового стресу – функція військових керівників. Розроблена комплексна багаторівнева програма контролю бойового та військово-професійного стресу (Combat and Operational Stress Control, COSC), розрахована на командирів різних рівнів і членів сімей військовослужбовців. Їм допомагають військовослужбовці, командири нижчих ланок, військові капелани підрозділів, медичний персонал (зокрема, медики, які безпосередньо приписані до підрозділу). Командир підрозділу може також отримувати допомогу від персоналу, який займається COSC на рівні бригад і вище, медичного персоналу корпусів і закладів охорони психічного здоров'я.

Головна турбота командирів полягає в якнайшвидшому поверненні до лав тих солдатів, які тимчасово втратили боєздатність через стресогенні умови або в яких діагностовано розлади психічного здоров'я. В рамках цієї програми здійснюється процес сортування.

Сортування (в рамках COSC) – це процес розподілу постраждалих із реакціями бойового стресу та розладами психічного здоров'я на категорії за ознаками потреби в лікувально-профілактичних та евакуаційних заходах відповідно до медичних показань.

У рамках програми COSC, стабілізація – це початкова допомога солдатам, а контроль за її виконанням здійснює командир.

**Взагалі, виділяють п'ять основних функцій керівника щодо психічного здоров'я:**

1. Підтримка військовослужбовців.
2. Послаблення дії стресових чинників.

3. Виявлення стресових реакцій, травм і захворювань.
4. Лікування стресових травм і захворювань.
5. Реінтеграція військовослужбовців, які постраждали від стресу.

В американській військовій системі загальну відповідальність за охорону здоров'я військовослужбовців несе командир бойового підрозділу. Лише командири, які перебувають на передовій, в змозі збалансувати зростаючі тактичні вимоги, через які вони неминуче опиняються в небезпечній ситуації, адже мають виконувати стратегічний обов'язок щодо охорони здоров'я військовослужбовців. Лише безпосередні командири можуть охопити повний спектр діяльності з охорони здоров'я військовослужбовців, потрібної для “прискорення, охорони, покращення, збереження та відновлення психічного й фізичного здоров'я військовослужбовців у різноманітних військових ситуаціях та операціях”.

Лише перевірені керівники й наставники здатні усунути стигматизацію<sup>13</sup>, пов'язані з визнанням наявності психічних проблем, а також забезпечити готовність військовослужбовців отримувати допомогу для вирішення психологічних проблем.

Навіть у гарнізоні безпосередні командири не можуть передавати свої обов'язки з охорони здоров'я військовослужбовців допоміжному персоналу медичних чи релігійних установ, хоча така підтримка є ключовою для виконання місії охорони здоров'я. Двоєдині завдання з охорони здоров'я військовослужбовців – це збереження сил і довготривале фізичне й психічне здоров'я, добробут військовослужбовців і їхніх родин.

В 2007 році була розроблена уніфікована модель простору бойового та військово-професійного стресу.

Модель простору – це парадигма, що визначає весь спектр

---

<sup>13</sup> *Стигматизація* – приписування певної негативної характеристики деякій групі людей, наприклад, інформація про те, що учасники бойових дій страждають на психічні розлади.

стресових реакцій і наслідків: від психологічної адаптації та повної готовності (позначена зеленим кольором як зона “готовності”) до незначного оборотного дистресу чи втрати функції (жовта зона “реагування”), більш серйозного стійкого дистресу чи втрати функції (жовтогаряча зона “травма”) та клінічних психічних порушень внаслідок стресу й недолікованих стресових травм (червона зона “захворювання”) (рис. 5.1).

**Готовність: зелена зона.** Зелена зона “готовності” може бути визначена як узагальнена психологічна адаптація, ефективне функціонування в усіх сферах та особистий добробут. Зелена зона відображає не відсутність стресу, а скоріше ефективне його подолання без значного дистресу чи ураження. Одним важливим завданням усіх процесів відбору, тренування та керівництва серед військовослужбовців є стимулювання зеленої зони “готовності” або повернення окремих осіб і військових частин до зеленої зони після того, як вони зазнали дистресу чи втрати функції внаслідок стресу. Здатність залишатися в зеленій зоні в умовах стресу та швидко повертатися до неї після стресового ураження чи травмування – це два ключові аспекти здатності швидко відновлювати фізичні та душевні сили. Далі наведені деякі з властивостей і поведінкових характеристик зеленої зони “готовності”:

- спокійний і врівноважений стан;
- упевненість у собі та в інших;
- виконання поставлених завдань;
- збереження фізичного, психологічного й емоційного контролю;
- дотримання етичних і моральних принципів;
- збереження почуття гумору;
- достатній сон;
- достатнє харчування;
- виконання фізичних вправ і робота над собою;
- задоволення від повсякденної діяльності;
- активна соціальна та духовна позиція.

**Ці поведінкові характеристики командир може помітити в результаті спостереження за особовим складом.**

**Реагування: жовта зона.** Жовта зона “реагування” може бути визначена як загальний незначний і тимчасовий дистрес або втрата функції внаслідок стресу. За визначенням, реагування в жовтій зоні



завжди тимчасове та оборотне, хоча коли виникає стресова ситуація, важко сказати, чи буде реакція тимчасовою та чи не залишить вона тривалих наслідків. Реакції жовтої зони можна визначати за характером їхнього перебігу, відносною несерйозністю стану та широким розповсюдженням. Хоча дослідження з розповсюдження субклінічного дистресу<sup>14</sup> чи втрати функції в оперативних умовах ще не проводились, імовірно, що такі стресові реакції жовтої зони можуть бути вкрай поширеними, а то й всеосяжними. Час найбільшого ризику для стресових реакцій жовтої зони – безпосередньо перед або під час виконання нового завдання, а також у самому кінці чи безпосередньо після завершення виконання завдання.

Для жовтої зони “реагування” характерні, зокрема, такі відчуття, моделі поведінки та симптоми:

- відчуття тривоги;
- занепокоєність;
- недобросовісне виконання завдань;
- гарячковість чи грубість;
- дратівливість чи незадоволеність;
- проблеми зі сном;
- переїдання чи недоїдання;
- апатія чи втрата життєвої енергії або ентузіазму;
- неможливість насолоджуватися повсякденним життям;
- закритість;
- крикливість або гіперактивність;
- негативний настрій або песимістичність;
- знижена можливість психологічної концентрації.

**Травма: жовтогаряча зона.** Жовтогаряча зона “травми” може бути визначена загалом як більш тяжкі та стійкі форми дистресу або втрати функції, що з часом зникають, але іноді не повністю. Реакції, зокрема, жовтої зони, за визначенням, можна порівняти з гілками, що згинаються під дією вітру, проте завжди повертаються в початкове положення після того, як вітер вщухає. Натомість

---

<sup>14</sup> *Субклінічний дистрес* – вживається відносно періоду до появи симптомів хвороби або розладів.

травми жовтогарячої зони можна порівняти зі зламаною гілкою, яка не витримала натиску вітру (рис. 5.1). Стресові травми не можна повністю ліквідувати, як і фізичні ураження, зазвичай вони “загоюються” з часом. Однак, як і при фізичних ураженнях, “загоєні” стресові травми можуть залишити “рубець” – психологічний чи фізичний слід, уразливість або слабкість, що з часом можуть ставати менш відчутними, однак, скоріш за все, так ніколи й не зникнуть. Як і з реакціями жовтої зони, триваліший характер стресових травм у жовтогарячій зоні не піддається швидкому лікуванню на ранніх стадіях. Проте стресові травми можуть бути виявлені на ранніх стадіях як за ступенем тяжкості, так і за характером стійкості симптомів, що вони провокують, та інтенсивністю стресових чинників, які їх спричиняють. Оскільки стресові травми не є клінічними психологічними розладами, вони не потребують клінічного втручання фахівця з психічного здоров’я для їх лікування. *Але командири військових частин та підрозділів часто звертаються до військових священиків і штатного медичного персоналу, щоб ті виявили стресові травми жовтої зони та надали допомогу військовослужбовцям у лікуванні.*



Рис. 5.1. Уніфікована модель простору бойового та військово-професійного стресу

Бойові стресові травми виникають під впливом таких чинників:

1. Небезпека для життя: пережита ситуація небезпеки для життя, що викликає жах, страх чи безпомічність.

2. Перевтома: накопичення стресу з усіх причин, зокрема й небойових джерел, без надання достатнього часу для сну, відпочинку й відновлення.

3. Втрата: розлука з близькими людьми, втрата об'єктів власності.

4. Внутрішній конфлікт: здійснення актів (або присутність чи бездіяльність при здійсненні таких актів), що порушують або глибоко суперечать твердим моральним цінностям і переконанням.

Стресові травми можуть бути спричинені одним або кількома перерахованими чинниками, їх прояви будуть такі:

- втрата контролю над власним тілом, емоціями або думками;
- неможливість заснути чи постійні прокидання;
- постійні реалістичні нічні кошмари;
- стійке, інтенсивне відчуття провини або сорому;
- надмірне відчуття розкаяння;
- напади паніки або сліпої люті;
- втрата пам'яті чи здатності раціонально мислити;
- нездатність насолоджуватися повсякденними приємними справами;
- втрата обґрунтування колишніх твердих моральних цінностей;
- демонстрація суттєвих і стійких змін лінії поведінки чи зовнішності;
- виношування серйозних думок про суїцид чи вбивство.

**Захворювання: червона зона.** Червона зона “захворювання” містить усі психологічні розлади внаслідок дії на особистість бойових чи інших службових стресових чинників. Оскільки захворювання червоної зони є клінічними психічними порушеннями, їх можуть діагностувати лише фахівці. **Однак командири, інші керівники, колеги та члени родини можуть і**

**повинні бути уважними до характерних симптомів стресових захворювань.** Найпоширеніше стресове захворювання – це ПТСР. Однак стресові захворювання можуть набувати різних форм і часто виникають в однієї й тієї ж особи одночасно або в різний час. До поширених захворювань червоної зони належать:

- ПТСР;
- депресивні розлади, особливо сильна депресія;
- тривожні розлади, включаючи генералізовану тривогу<sup>15</sup> та панічний розлад;
- зловживання або залежність від алкоголю чи наркотичних речовин.

Хоча взаємозв'язок між травмами жовтогарячої зони та захворюваннями червоної зони ще недостатньо досліджений, наявність стресового захворювання дуже ймовірна, якщо симптоми стресової травми або не покращуються, або погіршуються навіть опісля ліквідації джерел стресу. Специфічними індикаторами можливого стресового захворювання (й потреби оцінювання психічного здоров'я) є:

- симптоми стресової травми або стереотипи поведінки, що суттєво не покращуються впродовж 60 днів опісля повернення з зони бойових дій;
- симптоми стресової травми, що погіршуються з часом замість того, щоб покращуватися;
- симптоми стресової травми, що рецидивують опісля покращення або зникнення;
- значний і стійкий дистрес або втрата функції, що виникає після ліквідації джерела стресу.

Шестидесятиденний поріг тривалості, запропонований вище для діагностування стресового захворювання, взятий дещо

---

<sup>15</sup> *Генералізована тривога* – характеризується загальною стійкою тривогою, не пов'язаною з певними об'єктами або ситуаціями. Часто супроводжується скаргами на постійну нервозність, тремтіння, м'язову напругу, пітливість, серцебиття, запаморочення і дискомфорт у ділянці сонячного сплетіння. Нерідко присутній страх хвороби або нещасного випадку, що поширюється на себе і/або близьких, непереносимість “невідомості”, а також інші різноманітні хвилювання, погані передчуття.

довільно. Однак вважається, що він відображає оптимальний компроміс між конкуруючими пріоритетами для швидкої ідентифікації проблем, які важко вирішити без клінічної допомоги, та сумнівами при постановці клінічного діагнозу проблем стресу, що можуть зникнути самі собою.

***Слід зазначити, що командири (начальники) мають непокоїтися не про те, чи страждають окремі військовослужбовці від психічних розладів, які піддаються діагностуванню, а лише про те, чи звертаються вони до фахівця з психічного здоров'я для оцінки придатності такої особи для виконання завдань чи вимог до лікування.***

Модель простору бойового та військово-професійного стресу є масштабною й охоплює всі допустимі реакції та наслідки стресу як для військовослужбовців, так і для членів їхніх родин. Очевидно, жодна група індивідуумів не здатна управляти цілим простором стресу відповідно до визначення.

Підтримка військовослужбовців, формування стійкості підрозділів, військовослужбовців і членів їхніх родин – це основне завдання командирів (начальників) у межах охорони психічного здоров'я. Військовослужбовці приступають до виконання службових обов'язків із певним набором наявних у них сильних і слабких сторін, які залежать від генетики, попереднього життєвого досвіду, способу життя, сімейної підтримки та низки інших чинників, що можуть бути досить стійкими. Однак століття досвіду діяльності військових організацій, а також низка наукових досліджень продемонстрували, що командири військових підрозділів можуть багато зробити для того, щоб підвищити стійкість до бойового та військово-професійного стресу військовослужбовців і членів їхніх родин.

Заходи, які доступні командирам для посилення стійкості особового складу, класифікують за трьома категоріями:

- 1) підготовка;
- 2) згуртованість бойового підрозділу;
- 3) лідерство.

## ***Підготовка***

Ретельно спланована, реально організована та проведена підготовка виховує фізичні, духовні сили та витривалість, підвищує впевненість військовослужбовців в особистій здатності та здатності інших військовослужбовців підрозділу впоратися з поставленими завданнями, а також готує їх до майбутніх стресових чинників. Яким саме чином попередня підготовка підвищує стійкість, остаточно не зрозуміло, але нові дані свідчать про те, що витривалість внаслідок пережитого стресу має як фізіологічний, так і біологічний компоненти. Підготовлені військовослужбовці мають повільніший пульс і вищі рівні білків у мозку, що є ключовим для збереження спокою в умовах сильного стресу. Крім того, підготовлені військовослужбовці вирішують знайомі їм завдання з більшою впевненістю та меншою втратою психологічної концентрації, пов'язаною з тривогою або розщепленням особистості.

Одним із важливих завдань керівників підрозділів є проведення підготовки, що була б достатньо жорсткою та реалістичною для виховання стійкості, однак не такою жорсткою, щоб спричинити травми жовтогарячої зони під час тренування.

### ***Згуртованість бойового підрозділу***

Згуртованість бойового підрозділу, що широко визначається як взаємна довіра та підтримка в соціальній групі, розвивається шляхом спільних випробувань у групі зі стабільним складом. Двостороння комунікація як у горизонтальній площині – серед колег, так і в вертикальній – між командирами та підлеглими, є важливою для згуртованості бойового підрозділу. Ретельно злагоджена командна робота – це добре відомий результат згуртованості підрозділу. Менше відомо те, яким чином участь у згуртованому підрозділі підвищує моральну стійкість членів підрозділу під дією шкідливого впливу стресу. Однак, імовірно, це відбувається за рахунок того, що згуртованість бойового підрозділу має як біологічні, так і психологічні аспекти. Психіатр Джонатан Шей (Jonathan Shay) неодноразово зазначав, що “людський мозок кодує соціальне визнання, підтримку та прив’язаність як фізичну

безпеку”. Більшість керівників знають як побудувати згуртовані підрозділи за наявності достатнього часу та стабільності підрозділу. Але поширеною трудностю є підтримка згуртованості бойового підрозділу за умови заміни особового складу та його переходу з підрозділу в підрозділ, зокрема, і втрати в особовому складі та поповнення втрат у бою. Звісно ж, політика ротації підрозділів, що тепер практикується серед американських військових, є більш сприятливою для згуртованості, аніж індивідуальна заміна, як це було поширено за часів війни у В’єтнамі. Однак деякі резервісти, які призвані для підсилення, чи підрозділи Національної гвардії можуть не отримати переваг цього важливого компоненту психологічної стійкості.

Іншим завданням керівників підрозділу є формування взаємної довіри та взаємної підтримки серед сімей військовослужбовців: вони – не менш важлива частина підрозділу, аніж військовослужбовці регулярних військ у згуртованих підрозділах, однак часто мають набагато менші можливості розвивати соціальну згуртованість з іншими родинами.

### ***Лідерство***

Лідерство – поняття комплексне та багатобічне. Це ключовий чинник для підтримки військовослужбовців та їхніх сімей. Військовослужбовцям надають підтримку командири, які навчають, надихають, допомагають їм сконцентруватися на виконанні завдання, вселяють довіру й демонструють свою модель етичної та моральної поведінки.

Вплив, що командири мають на своїх підлеглих, є інструментом, який діє у двосторонньому напрямку. Адже керівники, які самі перебувають у жовтій, жовтогарячій чи червоній зонах, можуть завдати шкоди підлеглим підрозділам, якщо не провести ефективне лікування стресу в самих командирів. Послаблення дії стресових чинників не завжди призводить до бажаного результату, оскільки жоден військовослужбовець, яким би сильним і добре підготовленим він не був, не має імунітету до стресу; запобігання стресовим травмам і захворюванням передбачає безперервне ослаблення дії стресових чинників, що

впливають на індивідів та підрозділи. Оптимальне ослаблення стресу передбачає балансування конкуруючих пріоритетів. З одного боку – навмисне піддавання військовослужбовців впливу різних стресових факторів для їхньої підготовки та загартування, а також для виконання поставлених завдань у зоні бойових дій. З іншого боку – потреба зниження або усунення чинників стресу, що не є ключовим для підготовки або виконання завдань, а також відновлення біологічних, психологічних, соціальних і духовних сил, вичерпаних під дією стресу. Запас ресурсів витривалості кожного індивіда можна порівняти з дірявим відром, із якого постійно витікає вміст під дією стресу. Щоб не допустити повного спустошення, його слід постійно поповнювати здоровим сном, відпочинком та іншими формами забезпечення.

Послаблення дії стресу – це профілактичний захід, спрямований на утримування військовослужбовців у зеленій зоні “готовності” в умовах виконання оперативних завдань, а також на повернення їх до зеленої зони після реакцій жовтої зони.

**Тактики, що можуть використовуватися керівниками підрозділів для ослаблення дії стресу:**

- забезпечення та контроль достатнього сну – 7 годин на добу для більшості людей;
- забезпечення належної фізичної форми та відпочинку;
- підтримка духовної форми та релігійного зв’язку;
- встановлення етичних стандартів і “правил війни”;
- ротація військ у тил для відпочинку та відновлення сил, за можливості;
- урізноманітнення індивідуальних завдань для зменшення відчуття нудьги та недбальства;
- захист військовослужбовців від споглядання сцен насилля, за можливості;
- очікування та попередження надмірного самокатування (вини або сорому);
- використання можливості розгляду та аналізу результатів виконання завдань для надання цінності жертвам і втратам.



### ***Виявлення стресових реакцій, травм і захворювань***

Навіть найкращі заходи з охорони психічного здоров'я не можуть усунути всіх проблем, пов'язаних зі стресом, які здатні впливати на професійне функціонування чи стан здоров'я. Таким чином, ефективна охорона психічного здоров'я передбачає безперервний моніторинг чинників стресу та наслідків стресу.

**Безпосередні командири мають знати всіх військовослужбовців у підлеглих підрозділах – особисто, а також особливі, сильні, слабкі сторони військовослужбовців, характер завдань, поставлених перед ними як у підрозділі, так і в родинному житті. Керівники мусять знати, коли члени підрозділу та їхні колеги втрачають впевненість у собі або у співслужбовцях, у підрозділі послаблюється згуртованість унаслідок втрат в особовому складі, зміни керівництва чи важких завдань, поставлених перед підрозділом. Найголовніше, що кожен командир має знати, в якій зоні стресу перебуває кожного моменту та кожного дня той чи інший член підрозділу.**

Від військовослужбовців не можна очікувати, що вони самі розпізнають у себе реакцію на стрес, травму або захворювання, а особливо в зоні бойових дій. Зовнішня концентрація уваги та заперечення дискомфорту, що потрібно для успішного виконання завдань у напружених умовах, також ускладнює процес розпізнання стресової проблеми індивідом. Стигма також може стати неподоланим бар'єром на шляху до визнання наявності стресу перед іншими.

Таким чином, найкращим і найнадійнішим методом є забезпечення того, щоб кожен, хто потребує допомоги, отримував її. У невеликих підрозділах від керівників потрібен постійний контроль підлеглих, також необхідні взаємна підтримка між підлеглими та постійний моніторинг стресу.

Хоча військові священики й фахівці з психічного здоров'я виконують вагомую функцію в контролі стресу жовтої, жовтогарячої та червоної зон, **командири військових частин і керівники невеликих підрозділів несуть основну відповідальність за ефективне управління усім спектром стресу.**

## Заключне слово

Психологічне благополуччя особового складу, у першу чергу, залежить від військового керівництва та досягається завдяки:

- лідерським якостям командира, за рахунок яких він створює атмосферу довіри та належний психологічний стан серед підлеглих (шляхом володіння ситуацією, врахування дорадчої допомоги фахівців тощо);

- демонстрації компетентності та надійності;

- забезпеченню дбайливого ставлення до підлеглих та згуртованості колективу.

Командир повинен наполегливо та ненав'язливо піклуватися про підтримку психологічного стану підлеглих, що сприятиме нормальному ставленню військовослужбовців до проблем психологічного характеру в колективі.

Дорадча допомога спрямована на формування розуміння командирами важливості підтримки належного психологічного стану особового складу, необхідності гнучкої оцінки ситуації, організації адекватного надання психологічної допомоги, підтримки та навчання військовослужбовців. Це надає додаткову перевагу для збільшення впевненості та стійкості військового підрозділу.

## Список використаної та рекомендованої літератури

1. Айламазьян А.М. Методы беседы в психологии. Учебное пособие. Москва “Смысл” 1999 г.
2. Бодалев А.А., Столин В.В., Аванесов В.С. Общая психодиагностика. СПб. : Изд-во “Речь”, 2000. - 440 с.
3. Братусь Б.С. Аномалии личности / Б.С. Братусь. – М.: Мысль, 1988. – 301 с.
4. Виничук Н.В. Психология аномального поведения / Н.В. Виничук. – Владивосток, 2004. – 198 с.
5. Высоков И.Е. Общепсихологический практикум: учеб. пособие для академического бакалавриата / И.Е. Высоков, Ю.Е. Кравченко, Т.А. Сысоева. — М. : Издательство Юрайт, 2015. — 507 с.
6. Галян О.І. Експериментальна психологія: навч. Посіб. / О.І. Галян, І.М. Галян. – К.: Академвидав, 2012. – 400 с.
7. Голик М.М., Ляшенко В.М., Романишин А.М., Романовський Я.Я. Морально-психологічне забезпечення діяльності військ. Частина II: Курс лекцій.– Львів: ЛІСВ, 2009. – 224 с.
8. Досвід роботи в армії США та арміях інших країн щодо недопущення втрат особового складу з причин, не пов’язаних із виконанням завдань за призначенням: метод. Посіб. / Агаєв Н.А., Кокун О.М., Герасименко М.В., Пішко І.О., Лозінська Н.С. – К.: ФОП Маслаков, 2018. – 156с. [Электронный ресурс] / Режим доступа:[http://lib.iitta.gov.ua/710972/1/ПОСІБНИК%20Досвід\\_%20018.pdf](http://lib.iitta.gov.ua/710972/1/ПОСІБНИК%20Досвід_%20018.pdf)
9. Євдокимова Н.О., Зливков В.Л., Лукомська С.О. Дорога змін: ефективне спілкування у кризових умовах життя: посібник із психології для “чайників” / Н.О. Євдокимова, В.Л. Зливков, С.О. Лукомська. – Миколаїв, 2016. – 116 с.
10. Збірник психодіагностичних методик підготовлено Головним управлінням морально-психологічного забезпечення Збройних Сил України відповідно до рішення начальника Генерального штабу – Головнокомандувача Збройних Сил України № 304/1453 від 19.06.2018 та №584 від 24.02.2018.

11. Иванов Ю.А. Использование метода наблюдения для изучения индивидуально-психологических особенностей военнослужащих Журналы РОД “За права военнослужащих” 2006 г. №3. [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://voenprav.ru/doc-4095-5.htm>.

12. Караяни А.Г., Сыромятников И.В. Прикладная военная психология. — СПб.: Питер, 2006. — 480 с.

13. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. та ін. Психологічна робота з військовослужбовцями - учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник. — К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. — 282 с.

14. Коновалова М.Д. Экспериментальная психология: конспект лекций. — М.: Изд-во: Высшее образование, 2009. — 180 с.

15. Короленко Ц.П. Семь путей к катастрофе: деструктивное поведение в современном мире / Ц.П. Короленко, Т.А. Донских. — Новосибирск: Наука, 1990. — 224 с.

16. Крахмалев А.В., Кучер А.А. Причины БПТ, ее проявления и первая помощь // Проблемы военной психологии. Минск, 2003. С. 193–200.

17. Мельничук О.Б. / Психологічна діагностика. : [навчальний посібник для студентів подвійних спеціальностей із спеціальністю “Практична психологія”], - Київ: Каравела, 2013. - 316 с.

18. Методичні рекомендації з організації професійно-психологічного відбору у Збройних Силах України. — Київ. : Головне управління по роботі з особовим складом Збройних Сил України. — 2015 . — 108 с.

19. Методичні рекомендації з організації психологічного вивчення вивчення військовослужбовців строкової служби Збройних Сил України. — Київ. : Головне управління по роботі з особовим складом Збройних Сил України. — 2015 . — 108 с.

20. Методичні рекомендації з організації психологічного вивчення військовослужбовців, призваних за мобілізацією, у навчальних центрах (частинах) Збройних Сил України. — Київ. : Головне управління по роботі з особовим складом Збройних Сил України. — 2016. — 30 с.

21. Образцов П.И. Методология и методы психолого-педагогического исследования: Курс лекций. - Орел, 2002 . - 292 с.

22. Основи ділового спілкування: Конспект лекцій. – Дніпропетровськ: Дніпропетровська державна фінансова академія, 2010. – 78 с.

23. Основи загальної психології: Навчальний посібник: У 2-х т. / Укл.: Полозенко О.В., Омельченко Л.М., Яшник С.В., Свистун В.І., Стахневич В.І., Мартинюк І.А., Жуковська Л.М. – К.: НУБіП, 2009. – Т. II. – 257 с.

24. Погодин Ю.И.; Новиков В.С.; Боченков А.А. // Психофизиологическое обеспечение профессиональной деятельности военнослужащих. – Воен.-мед. журн. –1998.–№ 11.– С.27-36.

25. Потапова М.Г. Общий психологический практикум. Астрахань: Астраханский государственный технический университет, 2009. 167 с.

26. Превентивні психофізіологічні заходи з попередження розвитку дезадаптації у військовослужбовців (невротичних та психічних розладів, пресуїцидальних форм поведінки) в умовах воєнного конфлікту та після його завершення: Метод. реком. / Швець А.В., Коваль О.В., Лук'янчук І.А., Іванцова Г.В., Чайковский А.Р. – К. : “МП Леся”, 2016. – 80 с.

27. Психологічне забезпечення у збройних силах зарубіжних країн : навч. посіб. / кол. авт. – К. : НУОУ ім. Івана Черняховського, 2017. – 132 с.

28. Рыжкова А.Н. Типичные ошибки при решении психодиагностических задач: диссертация кандидата психологических наук : 19.00.01 / Рыжкова Аурика Николаевна; Москва, 2010.- 193 с.

29. Суїциди в збройних силах України: аналіз та напрями їх запобігання/А.П. Казмірчук, А.В. Швець, О.В. Ричка, А.Р. Чайковський // Проблеми військової охорони здоров'я. - 2017. - Вип. 47. - 310-319с. [Електронний ресурс] / Режим доступа: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/prvoz\\_d\\_2017\\_47\\_38](http://nbuv.gov.ua/UJRN/prvoz_d_2017_47_38)

30. Сыромятников И.В.. Организация психологической работы в воинской части в мирное время. 2011 г.

31. Теорія і практика виховної роботи у внутрішніх військах МВС України: Підручник / О.О. Іллюк, Ю.П. Бабков, В.Є. Глуховський та ін.; За ред. С.Т. Полторака. – Х.: Акад. ВВ МВС України, 2008. – 650 с.

32. Форми і методи надання психологічної допомоги та здійснення психокорекційної роботи у військових частинах, установах і закладах ЗС України: Навчально-методичний посібник / Укл. О.М. Чепур, В.Д. Наконечний, В.Е. Петухов – К., 2013. – 54 с.
33. Хміляр О.Ф., Волков В.І.. Психологія управління військового керівника. – К.: Вид-во “РОСА”, 2006. – 83 с.
34. Чабан О.С. Психотерапия при ПТСР должна быть направлена на создание новой когнитивной модели жизнедеятельности // Нейро News: психоневрология и нейропсихиатрия. – 2010. – №2 (21). – С. 5–8.
35. Comprehensive Soldier & Family Fitness – Загальноармійська програма Комплексна підготовка солдата та членів сім’ї.
36. Field Manual FM 6–22.5. Combat and operational stress control manual for leaders and soldiers.
37. Grossman D. On Killing: The Psychological Cost of Learning to Kill in War and Society. Boston, Mass: Little, Brown; 1995.
38. Moran CMW. The Anatomy of Courage. Boston, Mass: Houghton Mifflin; 1967.
39. Morgan CA 3rd, Hazlett G, Wang S, Richardson EG, Schnurr P, Southwick SM. Symptoms of dissociation in humans experiencing acute, uncontrollable stress: a prospective investigation. Am J Psychiatry. 2001;158:1239–1247.
40. Morgan CA 3rd, Wang S, Mason J, et al. Hormone profiles in humans experiencing military survival training. Biol Psychiatry. 2000; 47:891–901.
41. Nash WP. Combat/operational stress adaptations and injuries. In: Figley CR, Nash WP, eds. Combat Stress Injury: Theory, Research, and Management. New York, NY: Routledge; 2007.
42. Shay J. Odysseus in America: Combat Trauma and the Trials of Homecoming. New York, NY: Scribner; 2003.
43. URL: <http://studentam.net.ua/content/view/10490/97/>
44. URL: [https://studwood.ru/1902312/psihologiya/struktura\\_besedy](https://studwood.ru/1902312/psihologiya/struktura_besedy)
45. URL: <http://lib.iitta.gov.ua/714971/1/Психологічна%20оцінка%20суїцидального%20ризикy%20у%20військовослужбовців.pdf>
46. URL: <https://med-books.info/psihologiya-pedagogika-voennaya/diagnostika-posledstviy-uchastiya-boevyih.html>

47. US Department of Defense. Force Health Protection (FHP). Washington, DC: DoD; 2004. DoD Directive 6200.04.
48. US Marine Corps. Leading Marines. Washington, DC: Headquarters USMC; 2002. MCWP 6-11.
49. US Marine Corps. Tri-MEF Combat Operational Stress Conference. Camp Pendleton, Calif: I, II, and III Marine Expeditionary Forces. Letter to the Commandant, 12 September 2007. Available at: [http:// www.mca-marines.org/Gazette/PDF/USMCLetterPP.pdf](http://www.mca-marines.org/Gazette/PDF/USMCLetterPP.pdf). Accessed March 30, 2009.

## ДОДАТКИ

### Додаток 1

#### Опитувальник зміни поведінки під час і / або після стресової ситуації (Peritraumatic Behavior Questionnaire (PBQ))

##### Реєстраційний бланк

П.І.Б.(повністю) \_\_\_\_\_  
Дата обстеження \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_ Стать чол./жін. (підкреслити)  
Посада (підрозділ) \_\_\_\_\_ Спеціальність \_\_\_\_\_  
Військове звання \_\_\_\_\_

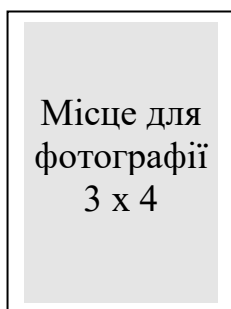
*Інструкція:* “У відповідних клітинках реєстраційного бланку поставте відмітку залежно від того, яке твердження найбільш точно описує кожен по черзі перераховану поведінкову реакцію, яку Ви спостерігали в оцінюваного військовослужбовця ПІД ЧАС і / або ВІДРАЗУ ПІСЛЯ СИТУАЦІЇ. Поведінкові реакції, які Ви оцінюєте, повинні бути НЕЗВИЧНИМИ, ТАКИМИ, ЩО ВІДРІЗНЯЮТЬСЯ ВІД ЗВИЧАЙНОЇ ПОВЕДІНКИ. Якщо опис поведінкових реакцій оцінюваного військовослужбовця не схожий на спостережувані зміни в поведінці, будь-ласка, поставте відмітку навпроти твердження “Зовсім не схожі”. У разі повного збігу опису поведінкової реакції – навпроти твердження “Абсолютно схожі”.

№ з/п	Поведінкові реакції	Зовсім не схожі (0 балів)	Трохи схожі (1 бал)	Деяко схожі (2 бали)	Схожі (3 бали)	Абсолютно схожі (4 бали)
1	Деякий час військовослужбовець поведився не так, як звичайно.					
2	Здавалося, що деякий час військовослужбовець почував себе безстрашним і невразливим, немов ніщо не в змозі зашкодити йому.					



3	Здавалося, що деякий час військовослужбовця зовсім не турбувало благополуччя та безпека його самого й оточуючих.					
4	Здавалося, що деякий час військовослужбовець не відчував ніяких докорів совісті чи каяття, легко роблячи такі речі, наслідки яких раніше серйозно б стурбували його.					
5	Якийсь час здавалося, що військовослужбовець стурбований помстою.					
6	Здавалося, що деякий час військовослужбовець був не здатний припинити реготати, плакати, ридати або кричати.					
7	Деякий час військовослужбовець здавався абсолютно безпорадним і був не здатний піклуватися про власне благополуччя.					
8	Здавалося, що на деякий час військовослужбовець “заплутався”, ніби не розумів, що відбувається навколо.					
9	На якийсь період часу здалося, що військовослужбовець був дезорієнтований так, що точно не знав, де він, який це день або котра година.					
10	Якийсь час військовослужбовець не міг поворухнути руками, ногами або іншою частиною тіла.					

11	На якийсь час військовослужбовець застиг або був загальмований (рухався дуже повільно) так, що не міг робити те, що він хотів.					
12	На якийсь період часу мова військовослужбовця змінилася: він став заїкатися, повторювати слова або фрази, його голос “стрибав” або став скрипучим.					
13	Під час або відразу після травматичної події військовослужбовець на якийсь період часу не зміг повноцінно виконувати свої службові обов’язки.					
14	У якийсь момент військовослужбовець почав висловлювати думку, що він загине або помре.					
15	На якийсь час у військовослужбовця відзначалася сильна фізіологічна реакція: потіння, серцебиття, тремтіння і т. п.					



Шифр

## КАРТА психологічного супроводу

### 1. ЗАГАЛЬНІ ВІДОМОСТІ

П.І.Б. \_\_\_\_\_  
 Військове звання \_\_\_\_\_  
 Вік \_\_\_\_\_ Сімейний стан \_\_\_\_\_ Діти \_\_\_\_\_  
 Освіта \_\_\_\_\_  
 Посада \_\_\_\_\_  
 Контактний номер телефону \_\_\_\_\_  
 Інше \_\_\_\_\_

Участь в антитерористичній операції (*підкреслити свій варіант відповіді*):

- мобілізований;
- доброволець;
- професійний військовий;
- інше \_\_\_\_\_.

Тривалість перебування в зоні проведення операції об'єднаних сил (АТО):

з _____	20__ року по _____	20__ року
з _____	20__ року по _____	20__ року
з _____	20__ року по _____	20__ року
з _____	20__ року по _____	20__ року
з _____	20__ року по _____	20__ року
з _____	20__ року по _____	20__ року
з _____	20__ року по _____	20__ року

Поранення \_\_\_\_\_

Травми голови, контузії \_\_\_\_\_

Інвалідність \_\_\_\_\_

Перебування під обстрілами \_\_\_\_\_

Був свідком загибелі (травмування, поранення) \_\_\_\_\_

Перебував в оточенні, полоні \_\_\_\_\_  
 Звернення до психологів \_\_\_\_\_  
 Проходження психологічної реабілітації раніше (коли, де) \_\_\_\_\_

**2. Запит (словами військовослужбовця)** \_\_\_\_\_

### 3. Поточні скарги (заповнює психолог)

Тілесні прояви		Емоційний стан	
Головні болі		Підвищена тривожність, страх	
Посилене серцебиття		Дратівливість або спалахи гніву, агресія	
Підвищений чи понижений артеріальний тиск		Немотивована пильність	
Потіння		Надмірні похливі реакції	
Нудота		Апатія, байдужість	
Судоми		Відчуття туги, смутку, депресії	
Запаморочення, непритомність		Втрата інтересу до життя, радощів	
Тремтіння, поколювання в пальцях		Відчуття самотності	
Відчуття напруги м'язів		Відчуженість	
Підвищена втомлюваність		Почуття провини	
Відчуття слабкості		Почуття образи	
Неспроможність розслабитися		Власна неспроможність	
Біль у різних частинах тіла		Проблеми переживання позитивних емоцій	
Втрата/підвищення ваги		Незадоволення собою, оточенням	
Поведінкові прояви		Когнітивні прояви	
Втрата апетиту, переїдання		Проблеми з пам'яттю, забудькуватість	
Порушення сну, погані сни, кошмари		Повторне переживання подій ("спалахи")	
Уповільнена/прискорена мова		Нав'язливі думки, спогади, флешбеки	
Труднощі у спілкуванні		Переважа негативних думок	
Підвищена конфліктність, імпульсивність		Порушення логіки	
Уникнення думок і почуттів		Порушення абстрактного мислення	

Уникнення всього, що нагадує про травму		Часті помилки, неуважність	
Проблеми в сім'ї (спілкування, взаємодія тощо)		Труднощі з концентрацією уваги	
Соціальна самоізоляція		Самозвинувачення або звинувачення інших	
Низька продуктивність діяльності		Роздуми про помсту	
Сексуальна дисфункція		Роздуми про відновлення справедливості	
Зловживання алкоголем, психоактивними речовинами		Втрата сенсу життя	

#### 4. Опис травматичної події та поточних обставин:

(вказати інформацію про те, що допомогло клієнту в попередні рази переживання травматичної події, раптових подій, що призвели до проблем; про стресові фактори, сильні якості, чинники прийняття рішень, доступність мережі підтримки, недавня поведінка).

#### 5. ОБСТЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО СТАНУ *(перевірити всі можливі ознаки та вказати специфічні особливості поведінки у висновках).*

**Зовнішній вигляд:**

<input type="checkbox"/> - в межах норми;	<input type="checkbox"/> - недостатня гігієна;
<input type="checkbox"/> - збуджений;	<input type="checkbox"/> - загальмований;
<input type="checkbox"/> - неохайний;	<input type="checkbox"/> - дивний;
<input type="checkbox"/> - напружений.	

#### Порушення поведінки/рухових навичок:

<input type="checkbox"/> - в межах норми;	<input type="checkbox"/> - схвильованість;
<input type="checkbox"/> - обачність;	<input type="checkbox"/> - контроль імпульсів;
<input type="checkbox"/> - тремтіння;	<input type="checkbox"/> - маніакальність*;
<input type="checkbox"/> сповільнення психомоторних навичок.	

**Орієнтування:** ☐ - в межах норми;

**дезорієнтований:**

<input type="checkbox"/> - у часі;	<input type="checkbox"/> - у просторі;
<input type="checkbox"/> - стосовно іншої людини;	<input type="checkbox"/> - стосовно ситуації.

**Мовлення:** ☐ - в межах норми; ☐ - сповільнене; ☐ - виснажене ;  
☐ - інше; ☐ - напружене; ☐ - тихе/гучне;  
☐ - нерозбірливе.

**Настрій:**

☐ - в межах норми; ☐ - сердитий/ворожий;  
☐ - стурбований; ☐ - відсторонений;  
☐ - пригнічений; ☐ - у стані ейфорії;  
☐ - у стані ангедонії.

**Діапазон настрою:** ☐ - в межах норми; ☐ - стиснутий;  
☐ - рівний; ☐ - нестійкий;  
☐ - недоречний.

**Зміст думок:** ☐ - в межах норми; ☐ - марення;  
☐ - ідеї посилянь; ☐ - нав'язливі ідеї;  
☐ - ідеї звеличення; ☐ - параноїчні ідеї\*;  
☐ - фобії.

**Процес мислення:** ☐ - в межах норми; ☐ - втрата асоціацій;  
☐ - випадкові ідеї; ☐ - відхилення думок;  
☐ - політ ідей; ☐ - замикання;  
☐ - непохитність думок.

**Перцепція/ Сенсорне сприйняття:** ☐ - в межах норми;  
**галюцинації:** ☐ - слухові; ☐ - візуальні; ☐ - нюхові;  
☐ - тактильні; ☐ - ілюзії.

**Пам'ять:** ☐ - в межах норми;  
**порушена:** ☐ - короткострокова; ☐ - довгострокова;  
☐ - безпосередня.

**Здатність до надання історичної інформації:** ☐ - так; ☐ - ні.  
Якщо ні, поясніть нижче у висновках.

**Апетит:** ☐ - в межах норми; ☐ - поганий;

**Вага:** ☐ - втрата; ☐ - набирання;  
☐ - підвищена; ☐ - знижена.

**Сон:** ☐ - в межах норми; ☐ - надмірна сонливість;  
☐ - початковий етап проблеми;  
☐ - проблема тривалості сну.

**Розуміння:** ☐ - в межах норми; ☐ - у вигляді обвинувачень;  
☐ - незначне ☐ - відсутнє.

**Рівень навичок прийняття рішень:** ☐ - достатній; ☐ - порушені;  
☐ - низький.

**Оцінка рівня інтелектуальних здібностей/функціональної здатності:**

- ☐ - вище середнього; ☐ - середній;  
☐ - нижче середнього; ☐ - діагноз розумової нерозвиненості.

**Рівень надійності свідчень клієнта (пояснити нижче):**

- ☐ - високий; ☐ - достатній; ☐ - низький.

**6. РЕЗУЛЬТАТИ ДІАГНОСТИЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ (приклад):**

№з/п	Назва методики	Шкала	Показник	Інтерпретація результатів
1				
2				
3				

**7. ВИЗНАЧЕННЯ РИЗИКУ:**

Психічні захворювання: ☐ - наявні; ☐ - відсутні.

Зловживання психоактивними речовинами:

- ☐ - відсутнє;  
☐ - наявне;  
☐ - має залежність;  
☐ - нестійка ремісія.

Поточні фактори ризику: *(перевірити всі можливі)*

Схильність до суїциду ☐ - немає;  
☐ - наявність думок;  
☐ - наявність плану;  
☐ - наявність намірів без засобів;  
☐ - присутні наміри з наявністю засобів.

Схильність до вбивства: ☐ - немає;  
☐ - наявність думок;  
☐ - наявність плану;  
☐ - наявність намірів без засобів;  
☐ - присутні наміри з наявністю засобів.

Якщо фактори присутні, клієнт може дати зобов'язання не нашкодити:

- ☐ - самому собі;  
☐ - іншим.

Контроль імпульсів: ☐ - достатній; ☐ - середній; ☐ - мінімальний;  
☐ - перемінний; ☐ - критичний.

8. Наявність ресурсу \_\_\_\_\_

**Підпис особи, яка проводила обстеження клієнта:** \_\_\_\_\_.  
**Ім'я та прізвище особи:** \_\_\_\_\_.  
**Дата:** \_\_\_\_\_.

### **ПСИХОЛОГІЧНИЙ ВИСНОВОК:**

**Підпис особи** \_\_\_\_\_ **Дата:** \_\_\_\_\_



**ЗАЯВА**  
**про добровільну згоду військовослужбовця на проходження**  
**психологічного вивчення (психологічної діагностики)**

Я, \_\_\_\_\_  
*(прізвище, ім'я, по батькові)*

даю згоду на проходження психологічного вивчення (психологічну діагностику) та обробку моїх персональних даних у зв'язку з проходженням психологічної реабілітації за програмою декомпресія.

**Я стверджую, що мене поінформовано про таке:**

Перед початком психологічного вивчення мене ознайомлено з його метою, порядком та змістом. Дане вивчення є обов'язковим для всіх військовослужбовців, які проходять психологічну реабілітацію.

Результати психологічного вивчення будуть використані виключно за своїм прямим призначенням на умовах конфіденційності, результати будуть доведені мені особисто, доведення іншим особам без моєї згоди – заборонено (лише у випадках, визначених Законом України “Про інформацію”), за дотримання цієї вимоги психолог несе персональну відповідальність.

У процесі психологічного вивчення я маю право в будь-який момент відмовитися від подальшої участі в його проведенні (пройти наступного дня).

Погоджуюся проходити тести \_\_\_\_\_ *(на комп'ютері, на бланках)*. Я розумію викладання матеріалу \_\_\_\_\_ мовою.

**Я стверджую**, що готовий пройти психологічне вивчення, на момент тестування негативні фактори на мене не впливають, вплив відсутній, та надам відверті відповіді на запитання, які в подальшому оскаржувати не буду, оскільки відповідатиму особисто з достатньою відповідальністю.

Згоду на проходження психологічного вивчення та достовірність усіх наданих мною відомостей **підтверджую власним підписом**.

\_\_\_\_\_. 2020

\_\_\_\_\_  
*(підпис військовослужбовця)*

Від участі в проходженні психологічного вивчення **відмовляюся** з таких причин: \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_  
*(вказати причини)*

готовий буду пройти \_\_\_\_\_. 2020 року.

\_\_\_\_\_. 2020 року \_\_\_\_\_  
*(підпис кандидата)*

Заяву прийняв і роз'яснив військовослужбовцю його права:  
 психолог \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(прізвище, ім'я, по батькові, підпис)*

\_\_\_\_\_. 2020 року

## Гіссенський опитувальник соматичних скарг

Гіссенський опитувальник соматичних скарг виявляє інтенсивність емоційно забарвлених скарг з приводу стану фізичного здоров'я. Для правильної інтерпретації необхідно з'ясувати, чи немає в обстежуваного встановлених соматичних захворювань із підтвердженими діагнозами.

Опитувальник має 5 шкал: виснаження, шлункові скарги, болі в різних частинах тіла, серцеві скарги, тиск (інтенсивність скарг).

### Реєстраційний бланк

П.І.Б.(повністю) \_\_\_\_\_  
 Дата обстеження \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_ Стать чол./жін. (підкреслити)  
 Посада (підрозділ) \_\_\_\_\_ Спеціальність \_\_\_\_\_  
 Військове звання \_\_\_\_\_

*Інструкція:* “Уважно прочитайте представлені в таблиці симптоми погіршення здоров'я. У випадку, якщо щось із переліченого Ви спостерігаєте в себе, то зробіть позначку у відповідній клітинці реєстраційного бланку, залежно від ступеня прояву симптому”.

Я відчуваю такі погіршення здоров'я	0 Ні	1 Злегка	2 Дещо	3 Значно	4 Сильно
1. Відчуття слабкості					
2. Серцебиття, перебої в серці або завмирання серця					
3. Відчуття тиску або переповнення в животі					
4. Підвищена сонливість					
5. Болі в суглобах і кінцівках					
6. Запаморочення					
7. Болі в попереку або спині					
8. Болі в шії (потилиці) або плечових суглобах					
9. Блювота					
10. Нудота					

Я відчуваю такі погіршення здоров'я	0 Ні	1 Злегка	2 Дещо	3 Значно	4 Сильно
11. Відчуття “комка в горлі”, звуження горла або спазму					
12. Відрижка					
13. Печія або кисла відрижка					
14. Головні болі					
15. Швидка виснаженість					
16. Втома					
17. Почуття приглушеності (затьмарення свідомості)					
18. Почуття тяжкості або втоми в ногах					
19. Млявість					
20. Колючі або тягнучі болі в грудях					
21. Болі в шлунку					
22. Напади задишки (задухи)					
23. Відчуття тиску в голові					
24. Серцеві напади					

### *Обробка результатів*

Обчислюються сумарні оцінки скарг, що складають шкали:

1. “Виснаження” =  $1 + 4 + 15 + 16 + 17 + 19$ .

Показник цієї шкали характеризує неспецифічний чинник виснаження, який вказує на загальну втрату життєвої енергії, потребу людини в допомозі.

2. “Шлункові скарги” =  $3 + 9 + 10 + 12 + 13 + 21$ .

Шкала відображає синдром нервових (психосоматичних) шлункових скарг (епігастральний синдром).

3. “Болі в різних частинах тіла” або “ревматичний фактор” =  $=5 + 7 + 8 + 14 + 18 + 23$ .

Шкала виражає суб'єктивні страждання пацієнта, що мають алгічний або спастичний характер.

4. “Серцеві скарги” =  $2 + 6 + 11 + 20 + 22 + 24$ .

Шкала вказує на локалізацію скарг переважно в судинній сфері.

5. “Тиск” (інтенсивність скарг).

Ця шкала включає всі 24 наведені вище скарги і є інтегральною оцінкою 4-х попередніх шкал. Шкала характеризує загальну емоційно забарвлену інтенсивність скарг. Необхідно підкреслити, що зазначені шкали не відображають клінічні синдроми, які дозволяють діагностувати те чи інше захворювання. Вони виражають середнє поєднання фізичних нездужань, що відчуються людиною.

### *Інтерпретація результатів*

Оцінка для перших чотирьох шкал знаходиться в діапазоні від 0 до 24 балів (оскільки кожна шкала складається з 6 пунктів). Для 5-ї шкали, як сумарного показника чотирьох попередніх, оцінка може варіюватися від 0 до 96 балів.

Для того, щоб оцінити суб'єктивний ступінь емоційного переживання фізичних скарг окремої людини, автори методики пропонують розглядати її дані в порівнянні з вибірками стандартизації – з результатами, отриманими в контрольній групі здорових (286 осіб) і в групі пацієнтів, які страждають невротичними і психосоматичними розладами (467 осіб). За допомогою спеціальної таблиці сирі бали даної людини переводяться в процентні ранги. Процентний ранг вказує, який відсоток осіб у контрольній групі або в групі пацієнтів має за шкалою “інтенсивності” (тиск скарг) оцінку, рівну або нижчу в порівнянні з результатом конкретного респондента.

Наприклад, конкретний респондент (жінка 25 років) отримує за шкалою “інтенсивність” (тиск скарг) 14 сирих балів. У таблиці переведення сирих балів у процентні ранги для жінок від 18 до 30 років цьому сирому балу в контрольній групі відповідає цифра 51, а в групі пацієнтів – цифра 28. Це означає, що 51% здорових жінок у віці від 18 до 30 років і 28% пацієнток того ж віку мають такий же або нижчий ступінь інтенсивності (тиск скарг).

## Методика “Шкала депресії А.Т. Бека”

Методика дозволяє виявити наявність депресії та ступінь тяжкості депресивних розладів.

### *Реєстраційний бланк*

П.І.Б.(повністю) \_\_\_\_\_  
 Дата обстеження \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_ Стать чол./жін. (підкреслити)  
 Посада (підрозділ) \_\_\_\_\_ Спеціальність \_\_\_\_\_  
 Військове звання \_\_\_\_\_

*Інструкція:* “Прочитайте кожне твердження, розміщене навпроти порядкових цифр, і виберіть те, яке найбільш точно визначає Ваше самопочуття в даний момент. У рамках пронумерованих позицій можна вибрати декілька тверджень. Отже, спочатку ознайомтеся зі всіма буквеними пунктами розділу, а потім вирішіть, що вірно по відношенню до Вас”.

№ з/п	Варіанти відповідей			
	а	б	в	г
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

### *Текст опитувальника*

1. а) Я почуваю себе добре.  
 б) Мені погано.  
 в) Мені весь час сумно, і я нічого не можу з собою поробити.  
 г) Мені так нудно й сумно, що я не в силах більше терпіти.
2. а) Майбутнє не лякає мене.  
 б) Я боюся майбутнього.  
 в) Мене ніщо не радує.  
 г) Моє майбутнє безпросвітне.
3. а) У житті мені переважно щастило.  
 б) Невдач і провалів було в мене більше, ніж у кого-небудь іншого.  
 в) Я нічого не добився в житті.  
 г) Я потерпів повне фіаско – як батько, партнер, дитина, на професійному рівні – словом, усюди.
4. а) Не можу сказати, що я незадоволений.  
 б) Як правило, я нудьгую.  
 в) Щоб я не робив, ніщо мене не радує, я як заведена машина.  
 г) Мене не задовольняє абсолютно все.
5. а) У мене немає відчуття, ніби я когось образив.  
 б) Може, я й образив когось, сам того не бажаючи, але мені про це нічого не відомо.  
 в) У мене таке відчуття, ніби я всім приношу тільки нещастя.  
 г) Я погана людина, дуже часто я кривдив інших людей.
6. а) Я задоволений собою.  
 б) Іноді я відчуваю себе нестерпним.

- в) Іноді я відчуваю комплекс неповноцінності.
  - г) Я абсолютно нікчемна людина.
7. а) У мене не складається враження, ніби я вчинив щось таке, що заслуговує покарання:
- б) Я відчуваю, що покараний або буду покараний за щось таке, де став винуватим.
  - в) Я знаю, що заслуговую покарання.
  - г) Я хочу, щоб життя мене покарало.
8. а) Я ніколи не розчаровувався в собі.
- б) Я багато разів відчував розчарування в самому собі.
  - в) Я не люблю себе.
  - г) Я себе ненавиджу.
9. а) Я нічим не гірший за інших.
- б) Деколи я припускаюся помилки.
  - в) Просто жахливо, як мені не щастить.
  - г) Я сію навколо себе одні нещастя.
10. а) Я люблю себе і не ображаю себе.
- б) Іноді я відчуваю бажання зробити рішучий крок, але не наважуюся.
  - в) Було краще б зовсім не жити.
  - г) Я подумую про те, щоб покінчити життя самогубством.
11. а) У мене немає причин плакати.
- б) Буває, що я і поплачу.
  - в) Я плачу тепер постійно так, що не можу виплакатися.
  - г) Раніше я плакав, а зараз якось не виходить, навіть коли хочеться.
12. а) Я спокійний.
- б) Я легко дратуюсь.
  - в) Я знаходжуся в постійній напрузі, як готовий вибухнути паровий котел.
  - г) Мені тепер все байдуже; те, що раніше дратувало мене, зараз ніби мене і не стосується.
13. а) Прийняття рішення не завдає мені особливих проблем.
- б) Іноді я відкладаю рішення на потім.

- в) Приймати рішення для мене проблематично.
  - г) Я взагалі ніколи нічого не вирішую.
14. а) Мені не здається, ніби я виглядаю погано або гірше, ніж раніше.
- б) Мене хвилює, що я не дуже добре виглядаю.
  - в) Справи йдуть дедалі гірше, – я виглядаю погано.
  - г) Я бридкий, у мене просто відштовхуюча зовнішність.
15. а) Здійснити вчинок – для мене не проблема.
- б) Мені доводиться змушувати себе, щоб зробити який-небудь важливий у житті крок.
  - в) Щоб зважитися на що-небудь, я повинен дуже багато попрацювати над собою.
  - г) Я взагалі не здатний що-небудь реалізувати.
16. а) Я сплю спокійно й добре висипаюся.
- б) Вранці я прокидаюся більш стомленим, ніж був до того, як заснув.
  - в) Я прокидаюся рано й відчуваю себе так, нібито не виспався.
  - г) Іноді я страждаю безсонням, іноді прокидаюся по декілька разів за ніч, в цілому я сплю не більше п'яти годин на добу.
17. а) У мене збереглася колишня працездатність.
- б) Я швидко втомлююся.
  - в) Я відчуваю себе стомленим, навіть якщо майже нічого не роблю.
  - г) Я настільки втомився, що нічого не можу робити.
18. а) Апетит у мене такий же, яким він був завжди.
- б) У мене пропав апетит.
  - в) Апетит у мене набагато гірший, ніж раніше.
  - г) У мене взагалі немає апетиту.
19. а) Бувати на людях для мене так само приємно, як і раніше.
- б) Мені доводиться примушувати себе зустрічатися з людьми.
  - в) У мене немає ніякого бажання бути в суспільстві.
  - г) Я ніде не буваю, люди не цікавлять мене, мене взагалі не хвилює ніщо стороннє.
20. а) Мої еротико-сексуальні інтереси збереглися на колишньому рівні.



- б) Секс вже не цікавить мене так, як раніше.  
в) Зараз я міг би спокійно обходитися без сексу.  
г) Секс взагалі не цікавить мене, я абсолютно втратив до нього потяг.
21. а) Я відчуваю себе цілком здоровим і піклуюся про своє здоров'я так само, як і раніше.  
б) У мене постійно щось болить.  
в) Зі здоров'ям справи серйозні, я весь час про це думаю.  
г) Моє фізичне самопочуття жахливе, болячки просто вимотують мене.

### *Обробка результатів*

За відповіді нараховується:

- “а” – 0 балів,  
“б” – 1 бал,  
“в” – 3 бали,  
“г” – 4 бали.

Підраховується загальна сума набраних балів (у тому випадку, якщо в окремих позиціях респондент вибирав не одне, а декілька тверджень, то їх теж потрібно враховувати).

### *Інтерпретація результатів*

Ступінь депресії:

- 0-4 бали – депресія відсутня;  
5-7 балів – легкий ступінь депресії;  
8-15 балів – середній ступінь депресії;  
16 і більше балів – високий рівень депресії.

## Методика “Скорочена шкала тривоги, депресії та ПТСР”

Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (В.В. Hart, 1996), призначена для первинного скринінгу перерахованих симптомів у осіб, що пережили будь-якого роду психічні травми.

### Реєстраційний бланк

П. І.Б.(повністю) \_\_\_\_\_  
 Дата обстеження \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_ Стать чол./жін. (підкреслити)  
 Посада (підрозділ) \_\_\_\_\_ Спеціальність \_\_\_\_\_  
 Військове звання \_\_\_\_\_

*Інструкція:* “Шкала складається всього з 10 пунктів і передбачає відповіді “так” або “ні” на чітко сформульоване твердження: “З часу пережитого критичного інциденту (надзвичайної події) або психічної травми, Ви більшою мірою, ніж зазвичай, відчуваєте такі стани?”. Поставте відмітку в бланку навпроти тієї відповіді, яка Вам підходить.”

Твердження	Так	Ні
Нездатність “розслабитися” (напруженість).		
Роздратування та поганий настрій.		
Вторгнення в свідомість неприємних образів або спогадів про інцидент.		
Неуважність, погане зосередження уваги.		
Сильний смуток, печаль.		
Сильна втома, нестача енергії.		
Потрясіння або паніка.		
Прагнення уникати всього, що нагадує про інцидент або травмуючу подію.		
Труднощі із засинанням, погіршення сну.		
Зниження інтересу до життя, до звичної діяльності, в тому числі – професійної.		

### *Обробка результатів*

Обробка результатів полягає в простому підрахунку кількості ствердних відповідей: чим більше відповідей “так” дає респондент, тим більше виражені в нього негативні психологічні наслідки травматизації – такі, як тривога, депресія та найбільш специфічні прояви ПТСР.

“Пороговим” значенням для визначення наявності порушень психічного стану є більше 4-х відповідей “так”.

## Методика Багаторівневий особистісний опитувальник (БОО) “Адаптивність-200”

Опитувальник призначений для вивчення адаптаційних можливостей військовослужбовців на основі оцінки деяких соціально-психологічних і психологічних характеристик особистості, що відображають інтегральні особливості психічного і соціального розвитку.

### *Реєстраційний бланк*

П.І.Б.(повністю) \_\_\_\_\_  
 Дата обстеження \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_ Стать чол./жін. (підкреслити)  
 Посада (підрозділ) \_\_\_\_\_ Спеціальність \_\_\_\_\_  
 Військове звання \_\_\_\_\_

*Інструкція:* “Опитувальник складається з тверджень (питань) про життя, роботу, відносини у сім’ї, інтереси і схильності. Ваше завдання полягає в тому, щоб визначити своє ставлення до кожного твердження, тобто погодитися або не погодитися з ним. Якщо Ви погоджуєтеся зі ствердженням, то в клітинці з номером даного питання ставиться “+”. Якщо Ви не згодні – ставиться “-”.

Правильних або неправильних відповідей тут бути не може, тому довго не замислюйтеся над питанням – давайте відповідь виходячи з того, що більше відповідає Вашому характеру або уявленню про самого себе”.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
101	102	103	104	105	106	107	108	109	110

111	112	113	114	115	116	117	118	119	120
121	122	123	124	125	126	127	128	129	130
131	132	133	134	135	136	137	138	139	140
141	142	143	144	145	146	147	148	149	150
151	152	153	154	155	156	157	158	159	160
161	162	163	164	165	166	167	168	169	170
171	172	173	174	175	176	177	178	179	180
181	182	183	184	185	186	187	188	189	190
191	192	193	194	195	196	197	198	199	200

### *Текст опитувальника*

1	Буває, що я серджуся.
2	Зазвичай, вранці я прокидаюся свіжим і відпочившим.
3	Зараз я приблизно так само працездатний, як і завжди.
4	Доля безумовно несправедлива до мене.
5	Закрепи в мене бувають дуже рідко.
6	Часом мені дуже хотілося покинути свій дім.
7	Часом у мене бувають напади сміху або плачу, з якими я ніяк не можу впоратись.
8	Мені здається, що мене ніхто не розуміє.
9	Вважаю, що якщо хтось заподіяв мені зло, я повинен йому відповісти тим же.
10	Іноді мені в голову приходять такі нехороші думки, що краще про них нікому не розповідати.
11	Мені важко зосередитися на якому-небудь завданні або роботі.
12	У мене бувають дуже дивні і незвичайні переживання.
13	У мене були відсутні неприємності через мою поведінку.
14	В дитинстві я скоював дрібні крадіжки.
15	Буває, в мене з'являється бажання ламати або трощити все навколо.
16	Бувало, що я цілими днями або навіть тижнями нічого не міг робити, бо ніяк не міг примусити себе взятися до роботи.
17	Сон у мене переривчастий і неспокійний.
18	Моя сім'я відноситься з несхваленням до тієї роботи, яку я обрав.
19	Бували випадки, що я не виконував своїх обіцянок.
20	Голова у мене болить часто.
21	Раз на тиждень або частіше я без жодної видимої причини раптово відчуваю жар у всьому тілі.
22	Було б добре, якби майже всі закони відмінили.
23	Стан мого здоров'я майже такий же, як у більшості моїх знайомих (не гірше).

24	Зустрічаючи на вулиці своїх знайомих або шкільних друзів, з якими я давно не бачився, я вважаю за краще проходити осторонь від них, якщо вони зі мною не починають розмову першими.
25	Більшості людей, які мене знають, я подобаюся.
26	Я людина товариська.
27	Іноді я так наполягаю на своєму, що люди втрачають терпіння.
28	Значну частину часу настрій у мене пригнічений.
29	Тепер мені важко сподіватися на те, що я чого-небудь досягну в житті.
30	У мене мало впевненості в собі.
31	Іноді я кажу неправду.
32	Зазвичай я вважаю, що життя – гарна річ.
33	Я вважаю, що більшість людей здатна збрехати, щоб просунутися по службі.
34	Я охоче беру участь у зібраннях, зборах і інших суспільних заходах.
35	Я сварюся з членами моєї сім'ї дуже рідко.
36	Іноді у мене виникає сильне бажання порушити правила пристойності або кому-небудь нашкодити.
37	Найважча боротьба для мене – це боротьба із самим собою.
38	М'язові судоми або сіпання в мене бувають украй рідко (або майже не бувають).
39	Я досить байдужий до того, що зі мною буде.
40	Іноді, коли я недобре себе почуваю, я буваю дратівливим.
41	Значну частину часу в мене таке відчуття, що я зробив щось не те або навіть щось погане.
42	Деякі люди до того полюбляють командувати, що мені так і кортить робити все наперекір, навіть якщо я знаю, що вони мають рацію.
43	Я часто вважаю себе зобов'язаним відстоювати те, що вважаю справедливим.
44	Моя мова зараз така ж, як завжди (не швидше і не повільніше, немає ні хрипоті, ні виразності).
45	Я вважаю, що моє сімейне життя таке ж добре, як у більшості моїх знайомих.
46	Мене вкрай зачіпає, коли мене критикують або сварять.
47	Іноді в мене буває таке відчуття, що я просто повинен нанести ушкодження собі або кому-небудь іншому.
48	Моя поведінка значною мірою визначається звичаями тих, хто мене оточує.
49	У дитинстві в мене була така компанія, де всі прагнули захищати один одного.
50	Іноді мені так і кортить із ким-небудь затіяти бійку.
51	Бувало, що я говорив про речі, в яких не розуміюся.
52	Зазвичай я засинаю спокійно й мене не турбують ніякі думки.

53	Останні декілька років я відчуваю себе добре.
54	У мене ніколи не було ні випадків, ні судом.
55	Зараз моя вага постійна (я не худну і не повнішаю).
56	Я вважаю, що часто мене карали несправедливо.
57	Я легко можу розплакатись.
58	Я мало стомлююся.
59	Я був би досить спокійний, якби в кого-небудь із моєї сім'ї були неприємності через порушення закону.
60	З моїм розумом твориться щось недобре.
61	Щоб приховати свою сором'язливість, мені доводиться докладати великі зусилля.
62	Напади запаморочення в мене бувають дуже рідко (або майже не бувають).
63	Мене турбують сексуальні (статеві) питання.
64	Мені важко підтримувати розмову з людьми, з якими я тільки познайомився.
65	Коли я намагаюся щось зробити, то часто помічаю, що в мене тремтять руки.
66	Руки в мене такі ж спритні й моторні, як і раніше.
67	Велику частину часу я відчуваю загальну слабкість.
68	Іноді, коли я збентежений, я сильно вкриваюся потом і мене це дратує.
69	Буває, що я відкладаю на завтра те, що повинен зробити сьогодні.
70	Думаю, що я людина приречена.
71	Бували випадки, що мені було важко втриматися від того, щоб що-небудь не поцупити в кого-небудь або де-небудь, наприклад, у магазині.
72	Я зловживав спиртними напоями.
73	Я часто про що-небудь турбуюся.
74	Мені б хотілося бути членом декількох гуртків або зборів.
75	Я рідко задихаюся, і в мене не буває сильного серцебиття.
76	Все своє життя я суворо дотримуюсь принципів, заснованих на почутті обов'язку.
77	Траплялося, що я перешкоджав або поступав наперекір людям просто із принципу, а не тому, що справа була дійсно важливою.
78	Якщо мені не загрожує штраф і машин поблизу немає, я можу перейти вулицю там, де бажаю, а не там, де потрібно.
79	Я завжди був незалежним і вільним від контролю з боку сім'ї.
80	У мене були періоди такої сильної стурбованості, що я навіть не міг всидіти на місці.
81	Часто мої вчинки тлумачилися не вірно.
82	Мої батьки та (або) інші члени моєї сім'ї прискіпуються до мене більше, ніж потрібно.

83	Хтось керує моїми думками.
84	Люди байдужі до того, що з тобою може трапитися.
85	Мені подобається бути в компанії, де всі жартують один над одним.
86	В школі я засвоював матеріал повільніше, аніж інші.
87	Я цілком впевнений у собі.
88	Нікому не довіряти – найбезпечніше.
89	Раз на тиждень або частіше я буваю дуже збудженим і схвильованим.
90	Коли я знаходжуся в компанії, мені важко знайти відповідну тему для розмови.
91	Мені легко примусити інших людей боятися мене, й іноді я це роблю заради забави.
92	У грі я вважаю за краще вигравати.
93	Безглуздо засуджувати людину, яка обдурила того, хто сам дозволяє себе обдурювати.
94	Хтось намагається впливати на мої думки.
95	Я щодня випиваю багато води.
96	Щасливіше всього я буваю наодинці.
97	Я обурююся кожного разу, коли дізнаюся, що злочинець з якої-небудь причини залишився безкарним.
98	У моєму житті був один або декілька випадків, коли я відчував, що хтось за допомогою гіпнозу примушує мене скоювати ті або інші вчинки.
99	Я дуже рідко починаю розмову з людьми першим.
100	У мене ніколи не було зіткнень із законом.
101	Мені приємно мати серед своїх знайомих значущих людей, це як би додає мені ваги у власних очах
102	Іноді, без жодної причини, у мене раптом настають періоди незвичайної веселості.
103	Життя для мене майже завжди пов'язане з напругою.
104	У школі мені було дуже важко виступати перед класом.
105	Люди проявляють по відношенню до мене стільки співчуття й симпатії, скільки я заслуговую.
106	Я відмовляюся грати в деякі ігри тому, що це у мене погано виходить.
107	Мені здається, що я знаходжу друзів із такою ж легкістю, як і інші.
108	Мені неприємно, коли навколо мене є люди.
109	Як правило, мені не щастить.
110	Мене легко збити з пантелику.
111	Деякі з членів моєї сім'ї скоювали вчинки, які мене лякали.
112	Іноді в мене бувають напади сміху або плачу, з якими я ніяк не можу впоратись.
113	Мені важко приступити до виконання нового завдання або розпочати нову справу.



114	Якби люди не були налаштовані проти мене, я досягнув би в житті набагато більшого.
115	Мені здається, що мене ніхто не розуміє.
116	Серед моїх знайомих є люди, які мені не подобаються.
117	Я легко втрачаю терпіння з людьми.
118	Часто в новій обстановці я переживаю почуття тривоги.
119	Часто мені хочеться померти.
120	Іноді я такий збуджений, що мені важко заснути.
121	Часто я переходжу на інший бік вулиці, щоб уникнути зустрічі з тим, кого я побачив.
122	Бувало, що я кидав почату справу, оскільки боявся, що я не впораюся з нею.
123	Майже щодня трапляється що-небудь, що лякає мене.
124	Навіть серед людей я зазвичай відчуваю себе самотнім.
125	Я переконаний, що існує лише одне єдине правильне розуміння значення життя.
126	В гостях я частіше сиджу де-небудь осторонь або розмовляю з ким-небудь одним, ніж беру участь у загальних розвагах.
127	Мені часто кажуть, що я запальний.
128	Буває, що я з ким-небудь пліткую.
129	Часто мені неприємно, коли я намагаюся застерегти кого-небудь від помилок, а мене розуміють невірною.
130	Я часто звертаюся до людей за порадою.
131	Часто, навіть тоді, коли усе для мене складається добре, я відчуваю що мені усе байдуже.
132	Мене досить важко вивести з себе.
133	Коли я намагаюся вказати людям на їх помилки або допомогти, вони часто розуміють мене неправильно.
134	Зазвичай я спокійний, і мене нелегко вивести з душевної рівноваги.
135	Я заслуговую суворого покарання за свою провину.
136	Мені притаманно так сильно переживати свої розчарування, що я не можу примусити себе не думати про них.
137	Часом мені здається, що я ні на що не здатний.
138	Бувало, що під час обговорення деяких питань я, особливо не замислюючись, погоджувався з думкою інших.
139	Мене дуже турбують різні нещастя.
140	Мої переконання й погляди непохитні.
141	Я вважаю, що можна, не порушуючи закон, спробувати знайти в ньому лазівку.
142	Є люди, які мені настільки неприємні, що я в глибині душі радію, коли вони одержують прочухан за що-небудь.
143	У мене бували періоди, коли через хвилювання я втрачав сон.

144	Я відвідую різні суспільні заходи тому, що це дозволяє бути мені серед людей.
145	Можна пробачити людям порушення тих правил, які вони вважають нерозсудливими.
146	У мене є погані звички, які є настільки сильними, що боротися з ними просто марно.
147	Я охоче знайомлюся з новими людьми.
148	Буває, що непристойний жарт у мене викликає сміх.
149	Якщо справа йде у мене погано, то мені відразу хочеться все кинути.
150	Я вважаю, за краще діяти відповідно до власних планів, а не слідувати вказівкам інших.
151	Мені подобається, коли оточуючі знають мою точку зору.
152	Якщо я поганій думки про людину або навіть зневажаю її, я мало прагну приховати це від неї.
153	Я людина нервова і легко збудлива.
154	Усе в мене виходить погано, не так, як треба.
155	Майбутнє здається мені безнадійним.
156	Люди досить легко можуть змінити мою думку, навіть якщо до цього вона здавалася мені остаточною.
157	Кілька разів на тиждень у мене буває таке відчуття, що повинно трапитися щось жахливе.
158	Значну частину часу я відчуваю себе втомленим.
159	Я люблю бути на вечірках і просто в компаніях.
160	Я прагну ухилитися від конфліктів і скрутних ситуацій.
161	Мене дуже дратує те, що я забуваю, куди кладу речі.
162	Пригодницькі розповіді мені подобаються більше, ніж розповіді про любов.
163	Якщо я хочу зробити щось, але оточуючі вважають, що цього робити не варто, я можу легко відмовитися від своїх намірів.
164	Безглуздо засуджувати людей, які прагнуть урвати від життя все, що можуть.
165	Мені байдуже, що про мене думають інші.
166	Я абсолютно не пристосований до військової служби, й це мене дуже лякає.
167	Я переконаний, що чоловіки повинні служити у Збройних Силах тільки за власним бажанням.
168	Останнім часом у мене все частіше і частіше трапляються “промахи” і невдачі по службі.
169	Найбільші труднощі для мене під час служби – це необхідність підкорятися командирам і начальникам.
170	Тим правилам, які, на мій погляд, несправедливі, я завжди прагну протидіяти.

171	Мені хотілося б випробувати себе серйозною й небезпечною справою.
172	Мене довго не залишає відчуття образи, заподіяне товаришами.
173	Жити за військовим розпорядком для мене просто нестерпно.
174	Я сумніваюся, що зможу зі своїм здоров'ям витримати всі навантаження військової служби.
175	Я заздрю тим, хто зміг ухилитися від військової служби.
176	Я відчуваю все більше й більше розчарувань по відношенню до моєї військової спеціальності.
177	Я часто розгублююсь у складних і небезпечних ситуаціях.
178	Мені хотілося б служити в Десантно-штурмових військах або частинах спеціального призначення.
179	Зі службою в мене нічого не виходить (не “клеїться”). Часто думаю: “не моя це справа”.
180	Коли мною хтось командує, це викликає в мене відчуття протесту.
181	Мені завжди було важко пристосовуватися до нового колективу.
182	Під час подальшої служби я був би не проти послужити там, де небезпечно, де ведуться бойові дії.
183	Присяга на вірність Вітчизні в сучасних умовах втратила свою актуальність.
184	Мені завжди було нелегко пристосовуватися до нових умов життя.
185	У складних ситуаціях я не можу швидко приймати правильні рішення.
186	Я впевнений, що в майбутньому не стану укладати або продовжувати контракт на продовження військової служби.
187	У мене бувають періоди похмурої дратівливості, під час яких я “зриваю злість” на оточуючих.
188	Я насилу витримую фізичні навантаження, пов'язані з моєю професійною діяльністю.
189	Я достатньо спокійно ставлюся до необхідності брати участь у тривалих і небезпечних відрядженнях.
190	Навряд чи я схочу присвятити все своє життя військовій професії (продовжити контракт, залишитися на службі за контрактом, вступити до військового навчального закладу).
191	“За компанію” з товаришами я можу вжити неабияку кількість алкоголю (перевищити свою звичайну “норму”).
192	У компаніях, де я часто буваю, друзі іноді палять “травичку”. Я їх за це не засуджую.
193	Останнім часом, щоб не “зірватися”, я був вимушений приймати заспокійливі ліки.
194	Мої батьки (родичі) часто виказували побоювання у зв'язку з моїми випивками.
195	Немає нічого поганого, коли люди намагаються випробувати на собі незвичайні стани, приймаючи деякі речовини.

196	У стані агресії я здатний багато на що.
197	Я крутий і жорстокий з оточуючими.
198	Якщо хтось заподіяв мені зло, я вважаю себе зобов'язаним відплатити йому тим же (“око за око, зуб за зуб”).
199	Можна погодитися з тим, що я не дуже схильний виконувати багато наказів, вважаючи їх безрозсудними.
200	Я думаю, що будь-яке положення законів і військових статутів можна тлумачити двояко.

### *“Ключ”*

Шкали	“ТАК”	“НІ”
Достовірність		1, 10, 19, 31, 51, 69, 78, 92, 101, 116, 128, 138, 148
Поведінкова регуляція (ПР)	4, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 28, 29, 30, 36, 37, 39, 40, 41, 47, 57, 60, 63, 65, 67, 68, 70, 73, 80, 82, 83, 84, 86, 89, 94, 95, 96, 98, 102, 103, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 115, 117, 118, 119, 120, 122, 123, 124, 125, 127, 129, 131, 135, 136, 137, 139, 143, 146, 149, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 161, 162	2, 3, 5, 23, 25, 32, 38, 44, 45, 52, 53, 54, 55, 58, 62, 66, 75, 87, 105, 132, 134, 140
Комунікативний потенціал (КП)	9, 24, 27, 43, 46, 61, 64, 81, 88, 90, 99, 104, 106, 114, 121, 126, 133, 142, 151, 152	26, 34, 35, 48, 49, 74, 85, 107, 130, 144, 147, 159
Морально-етична нормативність (МН)	14, 22, 33, 42, 50, 56, 59, 71, 72, 77, 79, 91, 93, 141, 145, 150, 164, 165	13, 76, 97, 100, 160, 163
Військово-професійна спрямованість (ВПС)	166, 167, 168, 169, 170, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 179, 180, 181, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 190	171, 178, 182, 189
Схильність до девіантних форм поведінки (ДАП)	6, 9, 14, 15, 22, 36, 39, 42, 47, 50, 56, 59, 71, 72, 91, 93, 117, 127, 141, 145, 151, 152, 164, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200	13, 100, 163
Суїцидальний ризик	4, 8, 10, 28, 29, 39, 41, 47, 70, 84, 115, 119, 124, 136, 137, 149, 154, 155	32, 105

### ***Шкала достовірності:***

*Якщо загальна кількість балів дорівнює або перевищує 10, то результати слід вважати необ'єктивними внаслідок прагнення*

випробовуваного якомога більше відповідати соціально бажаному типу особистості.

**РІВЕНЬ СТІЙКОСТІ ДО БОЙОВОГО СТРЕСУ (РСБС) =**  
**ПР (сирі бали) + КП (сирі бали) + МН (сирі бали)**

Переведення значень сирих балів РСБС у стени

Найменування показника	С т е н и									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Сирі значення 4-го рівня “Адаптивність”	$\geq 87$	75-86	63-74	51-62	40-50	31-39	25-30	21-24	18-20	$\leq 17$

Інтерпретація значень РСБС у стени

БОО	Стени	Рівень стійкості до бойового стресу
ОАП		
$\geq 87$	1	<b>4</b> – низька стійкість до бойового стресу
75-86	2	
63-74	3	<b>3</b> – задовільна стійкість до бойового стресу
51-62	4	
40-50	5	<b>2</b> – достатня стійкість до бойового стресу
31-39	6	
25-30	7	
21-24	8	<b>1</b> – висока стійкість до бойового стресу
18-20	9	
$\leq 17$	10	

**1-Й РІВЕНЬ СТІЙКОСТІ ДО БОЙОВОГО СТРЕСУ.**  
 Високий рівень розвитку адаптаційних можливостей особистості. Повністю відповідає вимогам, що пред’являються до військовослужбовців в умовах бойової діяльності.

**2-Й РІВЕНЬ СТІЙКОСТІ ДО БОЙОВОГО СТРЕСУ.**  
 Достатній рівень розвитку адаптаційних можливостей особистості. В основному відповідає вимогам, що пред’являються до військовослужбовців в умовах бойової діяльності.

**3-Й РІВЕНЬ СТІЙКОСТІ ДО БОЙОВОГО СТРЕСУ.**  
 Задовільний рівень розвитку адаптаційних можливостей особистості. Мінімально відповідає вимогам, що пред’являються до військовослужбовців в умовах бойової діяльності.

#### 4-Й РІВЕНЬ СТІЙКОСТІ ДО БОЙОВОГО СТРЕСУ.

Недостатній рівень розвитку адаптаційних можливостей особистості. Не відповідає вимогам, що пред'являються до військовослужбовців в умовах бойової діяльності.

Переведення у стени результатів, отриманих за шкалами

Стени	Основні шкали БОО			Додаткові шкали БОО		
	ПР	КП	МН	ВПС	ДАП	СР
1	$\geq 57$	$\geq 23$	$\geq 17$	18 - 25	$\geq 25$	$\geq 15$
2	56-46	22-20	16	16-17	21-24	14-10
3	45-35	19-18	15-14	14-15	18-20	9-7
4	34-27	17-15	13-12	11-13	15-17	6-5
5	26-19	14-13	11-10	8-10	12-14	4
6	18-13	12-11	9-8	5-7	10-11	3
7	12-9	10-9	7	4	8-9	2
8	8-6	8-7	6-5	2-3	6-7	1
9	5	6	4	1	4-5	0
10	0-4	0-5	0-3	0	0-3	0

При значеннях шкали (Д = 0 - 5 балів) – ВИСОКА достовірність результатів обстеження.

При значеннях шкали (Д = 6 - 9 балів) – ДОСТАТНЯ достовірність результатів обстеження. Окремі ознаки соціальної бажаності.

При значеннях шкали (Д  $\geq 10$  балів) – результати обстеження НЕДОСТОВІРНІ. Формулювання висновку не уявляється можливим. Потрібне додаткове поглиблене обстеження.

#### 1. Шкала поведінкової регуляції

Стени	Інтерпретація значень шкали ПР
10-8 стенів	<b>Високий рівень нервово-психічної стійкості і поведінкової регуляції.</b> Високий рівень працездатності, в тому числі і в умовах вираженого стресу. Висока толерантність до несприятливих психічних і фізичних навантажень.
7 стенів	<b>Достатньо високий рівень нервово-психічної стійкості і поведінкової регуляції.</b> Достатньо високий рівень працездатності, у тому числі і в ускладнених умовах діяльності. Достатньо висока толерантність до психічних і фізичних навантажень. Достатньо висока стійкість до дії стрес-чинників.

6 стенів	<b>Достатній рівень нервово-психічної стійкості і поведінкової регуляції.</b> Достатній рівень працездатності, в тому числі і в ускладнених умовах діяльності. Достатня толерантність до психічних і фізичних навантажень. Достатня стійкість до дії стрес-чинників.
5 стенів	<b>В цілому достатній рівень нервово-психічної стійкості і поведінкової регуляції.</b> Стійкий рівень працездатності у звичних умовах життєдіяльності. При тривалій дії явних психічних навантажень можливо тимчасове погіршення якості діяльності.
4 стени	<b>Дещо понижений рівень нервово-психічної стійкості і поведінкової регуляції.</b> Нестабільний рівень працездатності, що особливо проявляється в ускладнених умовах діяльності. Адаптація до нових і незвичайних умов життєдіяльності ускладнена й може супроводжуватися тимчасовим погіршенням функціонального стану організму.
3 стени	<b>Окремі ознаки нервово-психічної нестійкості і порушення поведінкової регуляції.</b> Недостатня толерантність до психічних і фізичних навантажень. Адаптація до нових умов життєдіяльності, як правило, ускладнена і може супроводжуватися тривалим погіршенням функціонального стану організму і професійної працездатності. При надзвичайно високих психічних навантаженнях можливий зрив професійної діяльності.
2 стени	<b>Виражені ознаки нервово-психічної нестійкості і порушення поведінкової регуляції.</b> Низька толерантність до психічних і фізичних навантажень. Адаптація до нових умов життєдіяльності протікає хворобливо. Можливе тривале і виражене погіршення функціонального стану організму. Рівень професійної працездатності у даний період часу низький. При посиленні психічних навантажень достатньо вірогідний зрив професійної діяльності.
1 стен	<b>Вкрай високий рівень нервово-психічної нестійкості.</b> Ознаки граничних нервово-психічних розладів. Вкрай низька толерантність до психічних і фізичних навантажень. Адаптація до нових умов життєдіяльності протікає дуже хворобливо, з тривалим і вираженим погіршенням функціонального стану організму. Працездатність у даний період часу різко знижена. Посилення психічних навантажень приводить до зриву професійної діяльності.

## 2. Шкала комунікативного потенціалу

Стени	Інтерпретація значень шкали КП
10-8 стенів	<b>Високий рівень комунікативних здібностей.</b> Швидко адаптується у новому колективі. Легко встановлює контакти з оточуючими. У міжособистісному спілкуванні неконфліктний. Завжди адекватно оцінює свою роль і правильно будує міжперсональні взаємостосунки у колективі.
7 стенів	<b>Достатньо високий рівень комунікативних здібностей.</b> Достатньо швидко адаптується в новому колективі. При встановленні міжособистісних контактів з оточуючими, як правило, не зазнає труднощів. У спілкуванні не конфліктний. У більшості випадків адекватно оцінює свою роль у колективі. На критику реагує адекватно. Достатня здатність до корекції поведінки.
6 стенів	<b>Достатній рівень комунікативних здібностей.</b> Достатньо швидко адаптується в новому колективі. При встановленні міжособистісних контактів з оточуючими, як правило, не зазнає труднощів. У спілкуванні не конфліктний. У більшості випадків адекватно оцінює свою роль у колективі. На критику реагує адекватно. Достатня здатність до корекції поведінки.
5 стенів	<b>Рівень комунікативних здібностей середній.</b> В цілому без особливих ускладнень адаптується до нового колективу. При встановленні міжособистісних контактів з оточуючими іноді може неправильно будувати стратегію своєї поведінки. Разом із тим, до критичних зауважень ставиться адекватно, здатний коригувати свою поведінку. У спілкуванні не конфліктний. Достатньо адекватно оцінює свою роль у колективі.
4 стени	<b>Задовільний рівень комунікативних здібностей.</b> На початковому етапі адаптації до нового колективу можуть виникати ускладнення. Не завжди правильно будує міжперсональні взаємостосунки, зважаючи на деяку неадекватність самооцінки. На критичні зауваження на свою адресу, в основному, реагує адекватно, хоча і дещо хворобливо. В цілому здатний до корекції своєї поведінки.
3 стени	<b>Понижений рівень комунікативних здібностей.</b> Наявність окремих ознак акцентуації характеру. На початковому етапі адаптації до нового колективу виникають значні ускладнення. Міжперсональні взаємостосунки (як по горизонталі, так і по вертикалі) часто будує неправильно. Хворобливо реагує на критику. Недостатньо розвинута здатність до корекції своєї поведінки.



2 стени	<b>Рівень комунікативних здібностей низький.</b> Наявність ознак акцентуації характеру. Початковий етап адаптації до нового колективу розтягнутий у часі і, як правило, протікає вельми хворобливо. Часто виникають ускладнення в побудові міжособистісних контактів з оточуючими, зважаючи на наявність неадекватної самооцінки. Схильність до підвищеної конфліктності. Хворобливо реагує на критику. Недостатньо розвинута здатність до корекції поведінки.
1 стени	<b>Вкрай низький рівень комунікативних здібностей.</b> Наявність виражених ознак акцентуації характеру. Адаптація до нового колективу протікає тривало і вкрай хворобливо. Постійно відчуває труднощі побудови міжособистісних контактів з оточуючими. Високий рівень конфліктності. Колективом, як правило, не приймається. Внаслідок чого схилений до ірраціональних вчинків. Вкрай низька здатність до корекції поведінки.

### 3. Шкала морально-етичної нормативності

Стени	Інтерпретація значень шкали МН
10-9 стенів	<b>Дуже високий рівень соціалізації.</b> Суворо орієнтований на загальноприйняті і соціально схвалювані норми поведінки. Суворо дотримується корпоративних вимог. У повсякденній діяльності групові інтереси ставить вище особистих. Виражені альтруїстські якості.
8 стенів	<b>Високий рівень соціалізації.</b> Суворо орієнтований на загальноприйняті і соціально ухвалені норми поведінки. Схильний дотримуватися корпоративних вимог. У повсякденній діяльності групові інтереси ставить вище особистих.
7 стенів	<b>Достатньо високий рівень соціалізації.</b> Орієнтований на дотримання загальноприйнятих і соціально ухвалених норм поведінки. Дотримується корпоративних вимог. У повсякденній життєдіяльності групові інтереси, як правило, переважають над особистими інтересами.
6 стенів	<b>Достатній рівень соціалізації.</b> В цілому орієнтований на дотримання загальноприйнятих і соціально ухвалених норм поведінки. В цілому дотримується корпоративних вимог. В повсякденній життєдіяльності групові інтереси, як правило, переважають над особистими інтересами.

5 стенив	<b>В цілому достатній рівень соціалізації.</b> Прагне дотримуватися загальноприйнятих і соціально ухвалених норм поведінки. У повсякденній життєдіяльності групові інтереси, як правило, переважають над особистими інтересами.
4 стени	<b>Задовільний рівень соціалізації.</b> Не завжди орієнтований на дотримання загальноприйнятих і соціально ухвалених норм поведінки. У повсякденній життєдіяльності особисті інтереси, як правило, переважають над груповими.
3 стени	<b>Недостатній рівень соціалізації.</b> В цілому не прагне дотримуватися загальноприйнятих норм поведінки і соціально ухвалених вимог. У повсякденній життєдіяльності особисті інтереси переважають над груповими.
2 стени	<b>Низький рівень соціалізації.</b> Не прагне дотримуватися загальноприйнятих норм поведінки. В основному, вважає за краще діяти згідно з власними планами, не орієнтуючись на думку оточуючих. В повсякденній життєдіяльності переважають егоцентричні тенденції. Особисті інтереси переважають над інтересами групи. Досягнення особистих інтересів може здійснювати в обхід існуючих заборон і правил.
1 стени	<b>Вкрай низький рівень соціалізації</b> (значно відрізняється від номінальних значень для даної вікової групи). Вважає за краще діяти згідно з власними планами, не рахуючись з думкою оточуючих. Особисті інтереси домінують над груповими. Для досягнення особистих інтересів ігноруються загальноприйняті норми і правила поведінки.

## ДОДАТКОВІ ШКАЛИ БОО “АДАПТИВНІСТЬ-200”

### 1. Шкала військово-професійної спрямованості

Стени	Інтерпретація значень шкали ВПС
10-8 стенив	<b>Високий рівень військово-професійної спрямованості.</b> Виразене бажання продовжувати професійну діяльність, у тому числі і в особливих умовах.
7-6 стенив	<b>Достатній рівень військово-професійної спрямованості.</b> Стійка орієнтація на продовження професійної діяльності, в тому числі і в особливих умовах.

5 стенив	<b>В цілому достатній рівень військово-професійної спрямованості.</b> Орієнтований на продовження професійної діяльності, в тому числі і в особливих умовах.
4 стени	<b>Недостатній рівень військово-професійної спрямованості.</b> Не повною мірою задоволений своєю військовою професійною діяльністю і службовим призначенням. Орієнтація на продовження професійної діяльності сумнівна.
3-1 стени	<b>Низький рівень військово-професійної спрямованості.</b> Не задоволений своєю військовою професійною діяльністю і службовим призначенням.

## 2. Шкала схильності до девіантних форм поведінки

Стени	Інтерпретація значень шкали ДАП
10-6 стенив	<b>Відсутність ознак девіантних (аддиктивної і делінквентної) форм поведінки.</b> Відсутність ознак агресивної поведінки відносно оточуючих. Орієнтація на дотримання соціально ухвалених норм поведінки і раціональну побудову міжперсональних взаємостосунків з ровесниками і зі старшими за віком.
5 стенив	<b>В цілому виражені ознаки девіантних (аддиктивної і делінквентної) форм поведінки відсутні.</b> Відмічається наявність окремих ознак нераціональної побудови міжперсональних взаємостосунків з ровесниками і зі старшими за віком. Іноді допускає порушення соціально ухвалених норм поведінки.
4-3 стени	<b>Відзначено наявність деяких ознак девіантних (аддиктивної і делінквентної) форм поведінки.</b> Наявність агресивних реакцій відносно оточуючих. Схильність до нераціональної побудови міжперсональних взаємостосунків з ровесниками і зі старшими за віком. Схильний допускати порушення соціально ухвалених норм поведінки.
2-1 стени	<b>Наявність виразних ознак девіантних (аддиктивної і делінквентної) форм поведінки.</b> Наявність виражених агресивних реакцій відносно оточуючих. Як правило, міжперсональні взаємостосунки з ровесниками і зі старшими за віком будує нераціонально. Не орієнтований на дотримання соціально ухвалених норм поведінки.

### 3. Шкала суїцидального ризику

Стени	Інтерпретація значень шкали СР
10-6 стенів	<b>Відсутність ознак суїцидального ризику.</b>
5 стенів	<b>В цілому виражених ознак суїцидальної схильності не виявлено.</b> Спостерігається наявність окремих ознак, які свідчать про певні труднощі в міжперсональних взаємостосунках з ровесниками і (або) зі старшими за віком.
4-3 стени	<b>Відзначена наявність окремих ознак суїцидальної схильності.</b> За наявності затяжної військово-професійної адаптації або труднощів у міжперсональних взаємостосунках з ровесниками і зі старшими за віком, можуть виникнути думки суїцидальної спрямованості.
2-1 стени	<b>Відзначена наявність виразних ознак суїцидальної схильності.</b> За наявності затяжної військово-професійної адаптації або труднощів в міжперсональних взаємостосунках з ровесниками і зі старшими за віком, можуть виникнути думки про суїцидальний шантаж або закінчені суїцидальні дії.

## Методика діагностики самооцінки психічних станів (за Г. Айзенком)

Методика призначена для діагностики методом самооцінки таких психічних станів, як: тривожність, фрустрація, агресивність, ригідність і може застосовуватися в умовах дефіциту часу.

### *Реєстраційний бланк*

П.І.Б.(повністю) \_\_\_\_\_

Дата обстеження \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_ Стать чол./жін. (підкреслити)

Посада (підрозділ) \_\_\_\_\_ Спеціальність \_\_\_\_\_

Військове звання \_\_\_\_\_

*Інструкція:* “Нижче наведено низку тверджень. Будь ласка, прочитайте уважно кожне з них і навпроти номера твердження у відповідній клітинці реєстраційного бланка обведіть кружечком той варіант відповіді, який найбільше вам підходить”.

№ з/п	ТВЕРДЖЕННЯ	Згоден	Не в повній мірі згоден	Не згоден
1	Не відчуваю в собі впевненості.	2	1	0
2	Часто через дрібниці червонію.	2	1	0
3	Мій сон неспокійний.	2	1	0
4	Легко впадаю у відчай.	2	1	0
5	Турбуюся навіть про уявні неприємності.	2	1	0
6	Мене лякають труднощі.	2	1	0
7	Люблю “копатися” в своїх недоліках.	2	1	0
8	Мене легко переконати.	2	1	0
9	Я помисливий, боязкий	2	1	0
10	Я насилу виношу час очікування.	2	1	0
11	Нерідко мені здаються безвихідними ситуації, з яких можна знайти вихід.	2	1	0

12	Неприємності мене сильно засмучують, я падаю духом.	2	1	0
13	При великих неприємностях я схильний без достатніх підстав звинувачувати себе.	2	1	0
14	Нещастя й невдачі нічому мене не вчать.	2	1	0
15	Я часто відмовляюся від боротьби, вважаючи її безплідною.	2	1	0
16	Я нерідко відчуваю себе беззахисним.	2	1	0
17	Іноді в мене буває стан відчаю.	2	1	0
18	Я відчуваю розгубленість перед труднощами.	2	1	0
19	У важкі хвилини життя, іноді поведжуся подитячому, хочу, щоб мене пожаліли.	2	1	0
20	Вважаю недоліки свого характеру невинними.	2	1	0
21	Залишаю за собою останнє слово.	2	1	0
22	Нерідко в розмові перебиваю співрозмовника.	2	1	0
23	Мене легко розсердити.	2	1	0
24	Люблю робити зауваження іншим.	2	1	0
25	Хочу бути авторитетом для інших.	2	1	0
26	Я не задовольняюся малим, хочу найбільшого.	2	1	0
27	Коли перебуваю в стані гніву, погано себе стримую.	2	1	0
28	Віддаю перевагу керувати, аніж підкорятися.	2	1	0
29	У мене різка, грубувата жестикуляція.	2	1	0
30	Я мстивий.	2	1	0
31	Мені важко змінювати звички.	2	1	0
32	Нелегко переключая увагу.	2	1	0
33	Дуже насторожено ставлюся до всього нового.	2	1	0
34	Мене важко переконати.	2	1	0
35	Нерідко в мене не виходить з голови думка, від якої слід було б звільнитися.	2	1	0
36	Нелегко зближуюся з людьми.	2	1	0
37	Мене засмучують навіть незначні порушення плану.	2	1	0
38	Нерідко я проявляю впертість.	2	1	0
39	Неохоче йду на ризик.	2	1	0
40	Важко переживаю відхилення від прийнятого мною режиму.	2	1	0

### *Обробка результатів*

Обробка результатів включає в себе: підрахунок суми балів по кожній частині запитань, оцінку та інтерпретацію балів.

- I. 1...10 запитання – тривожність;
- II. 11... 20 запитання – фрустрація;
- III. 21...29 запитання – агресивність;
- IV. 31...40 запитання – ригідність.

### *Інтерпретація результатів*

Досліджувані, що отримали оцінку 0-7 балів, характеризуються низьким рівнем прояву тривожності, фрустрації, агресивності й ригідності. Ті, хто набрав 8-14 балів, мають середній рівень проявів. Для досліджуваних, які набрали 15-20 балів, характерний високий рівень прояву тривожності, фрустрації, агресивності й ригідності.

#### **I. Тривожність:**

- 0-7 балів – тривожність відсутня;
- 8-14 балів – тривожність середня, допустимого рівня;
- 15-20 балів – висока тривожність.

#### **II. Фрустрація:**

- 0-7 балів – респондент має високу самооцінку, стійкий до невдач, не боїться труднощів, низький рівень фрустрації;
- 8-14 балів – середній рівень, фрустрація має місце;
- 15-20 балів – низька самооцінка, уникає труднощів, боїться невдач, високий рівень фрустрації.

#### **III. Агресивність:**

- 0-7 балів – спокійний, витриманий;
- 8-14 балів – середній рівень агресивності;
- 15-20 балів – агресивний, не витриманий, є труднощі в роботі з людьми.

#### **IV. Ригідність:**

- 0-7 балів – ригідність відсутня, легка переключуваність;
- 8-14 балів – середній рівень;
- 15-20 балів – сильно виражена ригідність, незмінність поведінки, переконань, поглядів, навіть якщо вони не відповідають реальній обстановці; зміни місця роботи або зміни в сім'ї – протипоказані.

## Методика шкалованої самооцінки психофізіологічного стану О.М. Кокуна

Методика шкалованої самооцінки на зорово-аналогових шкалах дає можливість швидко й досить точно отримувати оцінку респондентами різних складових їх ПФС. Найважливішими перевагами даної методики є її зручність, універсальність, інформативність, надійність, експрес-характер, можливість класифікації та зіставлення отриманих показників, що робить її однією з найбільш придатних методик для вирішення завдань моніторингу ПФС. Методика дає можливість достатньо легко діагностувати параметри не тільки “традиційних” станів самопочуття, активності та настрою, але й інших показників, які характеризують специфічний ПФС людини за певної діяльності, в тому числі емоційний, мотиваційний та інші компоненти.

### *Реєстраційний бланк*

П.І.Б.(повністю) \_\_\_\_\_  
 Дата обстеження \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_ Стать чол./жін. (підкреслити)  
 Посада (підрозділ) \_\_\_\_\_ Спеціальність \_\_\_\_\_  
 Військове звання \_\_\_\_\_

*Інструкція:* “За допомогою нижченаведених шкал, будь ласка, оцініть різні показники свого стану на даний момент, поставивши вертикальну риску у відповідному місці, враховуючи те, що лівий край шкали означає найгірший можливий для Вас показник стану, а правий – найкращий”.

найгірше \_\_\_\_\_ найкраще  
 САМОПОЧУТТЯ

найнижча \_\_\_\_\_ найвища  
 АКТИВНІСТЬ

найгірший \_\_\_\_\_ найкращий  
 НАСТРІЙ



найнижча	ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ	найвища
найнижча	ЗАЦІКАВЛЕНІСТЬ ДО УЧАСТІ В АТО	найвища
найнижче	БАЖАННЯ ВИКОНУВАТИ ЗАВДАННЯ В ЗОНІ АТО	найвище
найнижча	ВПЕВНЕНІСТЬ У СВОЇХ СИЛАХ	найвища

Діагностична процедура полягає в тому, що респонденту пропонується оцінити різні характеристики свого стану на даний момент, відмітивши вертикальною рисою відповідне місце на неградуйованій шкалі (яка являє собою пряму лінію довжиною 100 мм), з урахуванням того, що лівий край шкали означає мінімальне, а правий – максимально можливе для респондента виявлення певної характеристики.

### *Обробка результатів*

Кількісні показники (від 1 до 100) отримуються за допомогою прикладання на неградуйовану шкалу лінійки та визначення відстані (у міліметрах) від лівого краю шкали до позначеного респондентом місця.

### *Інтерпретація результатів*

Від 1 до 20 – низький показник;  
 від 21 до 40 – нижче середнього;  
 від 41 до 60 – середній;  
 від 61 до 80 – вище середнього;  
 від 81 до 100 – високий.

Слід зауважити, що методика, насамперед, призначена для багаторазової фіксації та порівняння індивідуальних для кожного респондента показників, а не для порівняння показників, отриманих різними особами.

## Методика визначення типу акцентуації рис характеру та темпераменту К. Леонгарда – Г. Шмішека

Тест містить 10 шкал відповідно до десяти виділених К. Леонгардом типів акцентуованих особистостей і складається з 88 запитань, на які потрібно відповісти “так” чи “ні”.

### *Реєстраційний бланк*

П.І.Б.(повністю) \_\_\_\_\_  
 Дата обстеження \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_ Стать чол./жін. (підкреслити)  
 Посада (підрозділ) \_\_\_\_\_ Спеціальність \_\_\_\_\_  
 Військове звання \_\_\_\_\_

*Інструкція:* Вам будуть запропоновані твердження, які стосуються Вашого характеру. Якщо Ви згодні з твердженням, поруч з його номером поставте знак “+” (“так”), якщо “ні” – знак “-”. Над запитаннями довго не думайте, правильних та неправильних відповідей немає.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
81	82	83	84	85	86	87	88		

### *Текст опитувальника*

1. У Вас переважно веселий та безтурботний настрій?
2. Ви чутливі до образ?
3. Чи буває так, що у Вас на очі навертаються сльози в кіно, театрі, в бесіді і т. д.?
4. Зробивши щось, Ви сумніваєтеся, чи все зроблено правильно, до тих пір, поки ще раз не переконаєтеся в тому, що все

зроблено правильно?

5. В дитинстві Ви були таким же відчайдушним і сміливим, як усі Ваші однолітки?

6. Чи часто у Вас змінюється настрій від стану байдужості до відрази до життя?

7. Чи є Ви центром уваги в колективі, в компанії?

8. Чи буває так, що Ви безпричинно знаходитеся в такому буркотливому настрої, що з Вами краще не розмовляти?

9. Ви серйозна людина?

10. Чи здатні Ви захоплюватися чим-небудь?

11. Чи заповзятливі Ви?

12. Ви швидко забуваєте, якщо вас хто-небудь скривдить?

13. Чи м'якосердечна Ви людина?

14. Опускаючи лист у поштову скриньку, чи перевіряєте Ви, проводячи рукою по щілині ящика, що лист повністю впав?

15. Чи прагнете Ви, щоб Вас вважали в числі кращих співробітників?

16. Чи бувало Вам у дитинстві страшно під час грози або при зустрічі з незнайомим собакою, а, можливо, таке почуття буває й тепер?

17. Чи прагнете Ви скрізь і в усьому дотримуватися порядку?

18. Чи залежить Ваш настрій від зовнішніх обставин?

19. Чи люблять Вас Ваші знайомі?

20. Чи часто у Вас буває почуття сильного внутрішнього занепокоєння, відчуття можливої біди, неприємностей?

21. Чи часто у Вас буває дещо пригнічений настрій?

22. Чи бували у Вас хоча б один раз істерики або нервові зриви?

23. Чи важко Вам усидіти на одному місці?

24. Якщо по відношенню до Вас вчинили несправедливо, чи енергійно Ви відстоюєте свої інтереси?

25. Чи можете Ви зарізати курку, вівцю?

26. Чи дратує Вас, якщо вдома завіса або скатертина висять нерівно, і Ви одразу ж прагнете поправити їх?

27. У дитинстві Ви боялися залишатися одні вдома?

28. Чи часто у Вас без причини змінюється настрій?

29. Чи завжди Ви прагнете бути достатньо сильним спеціалістом у своїй справі?

30. Чи швидко Ви починаєте сердитись або впадати в гнів?
31. Чи можете Ви бути абсолютно веселим?
32. Чи буває так, що відчуття повного щастя буквально пронизує Вас?
33. Як Ви думаєте, вийшов би з Вас ведучий, конференсьє на концерті, виставі?
34. Зазвичай Ви висловлюєте свою думку досить відверто й недвозначно?
35. Вам важко переносити вид крові? Чи не викликає це у Вас неприємного відчуття?
36. Чи любите Ви роботу, де необхідна висока особистісна відповідальність?
37. Чи схильні Ви захищати тих, по відношенню до кого вчинили, на Ваш погляд, несправедливо?
38. Вам важко, страшно спускатись у темний підвал?
39. Чи надаєте Ви перевагу роботі, де необхідно діяти швидко, але висока якість її виконання не вимагається?
40. Чи комунікабельна Ви людина?
41. У школі Ви охоче декламували вірші?
42. Чи втікали Ви в дитинстві з дому?
43. Чи здається Вам життя важким?
44. Чи буває так, що після конфлікту або образи Ви були до того засмучені, що займатися справою здавалося просто нестерпно?
45. Чи можна сказати, що в разі невдачі Ви не втрачаєте почуття гумору?
46. Чи здійснюєте Ви першим кроки до примирення, якщо Вас хто-небудь образив?
47. Ви дуже любите тварин?
48. Чи повертаєтеся Ви, щоб впевнитися, що залишили домівку чи робоче місце в порядку.
49. Чи переслідує Вас неясна думка про те, що з Вами, Вашими близькими може статися щось страшне?
50. Чи вважаєте Ви, що Ваш настрій дуже мінливий?
51. Чи важко Вам доповідати, виступати перед аудиторією?
52. Чи можете Ви вдарити кривдника, якщо він Вас образить?
53. У Вас велика потреба в спілкуванні з іншими людьми?
54. Ви належите до тих, хто при будь-яких розчаруваннях впадає у глибокий відчай?

55. Вам подобається робота, яка потребує енергійної організаторської діяльності?

56. Чи наполегливо Ви добиваєтеся поставленої мети, якщо на шляху до неї доводиться долати безліч перешкод?

57. Чи може трагічний фільм зворушити Вас так, що на очах навернуться сльози?

58. Чи часто Вам важко заснути через те, що проблеми минулого чи майбутнього дня весь час крутяться у Вас у голові?

59. У школі Ви інколи підказували своїм товаришам або давали їм списувати?

60. Чи потрібне Вам велике напруження, щоб уночі пройти через цвинтар?

61. Чи ретельно Ви слідкуєте за тим, щоб кожна річ у Вашій квартирі була точно на одному й тому ж місці?

62. Чи буває так, що перед сном у Вас гарний настрій, а зранку Ви встаєте похмурим?

63. Чи легко Ви звикаєте до нових ситуацій?

64. Чи бувають у Вас головні болі?

65. Ви часто смієтесь?

66. Чи можете Ви бути ввічливим із тими, кого явно не цінуєте, не любите, не поважаєте?

67. Ви рухлива людина?

68. Ви дуже непокоїтеся через несправедливість?

69. Ви настільки любите природу, що можете називати себе її другом?

70. Виходячи з дому або лягаючи спати, Ви перевіряєте, чи вимкнули скрізь світло та чи закриті двері?

71. Ви дуже боязливі?

72. Чи змінюється Ваш настрій при вживанні алкоголю?

73. Раніше Ви охоче брали участь у гуртках художньої самодіяльності, а, можливо, й зараз берете участь?

74. Ви розцінюєте життя скоріше песимістично, ніж радісно?

75. Чи часто Вас тягне подорожувати?

76. Чи може Ваш настрій змінитися так різко, що стан радості раптово зміниться на похмуру пригніченість?

77. Чи легко Вам вдається підняти настрій підлеглим?

78. Чи довго Ви переживаєте образи?

79. Чи довгий час Ви переживаєте горе інших людей?

80. Чи часто, будучи школярем, Ви переписували сторінки у Вашому зошиті, якщо в ньому допускали помилки?

81. Чи ставитеся Ви до людей скоріше з недовірою й обережністю, ніж із довірливістю?

82. Чи часто Ви бачите жахливі сни?

83. Чи буває так, що Ви остерігаєтеся того, що можете кинутися під колеса потягу, який проходить?

84. У веселій компанії Ви звичайно веселі?

85. Чи здатні Ви відволіктися від важкої проблеми, яка потребує обов'язкового вирішення?

86. Ви стаєте менш стриманим і відчуваєте себе вільніше, якщо приймете алкоголь?

87. У бесіді Ви скупі на слова?

88. Якщо Вам необхідно було б грати на сцені, Ви змогли б так увійти в роль, що забули б про те, що це тільки гра?

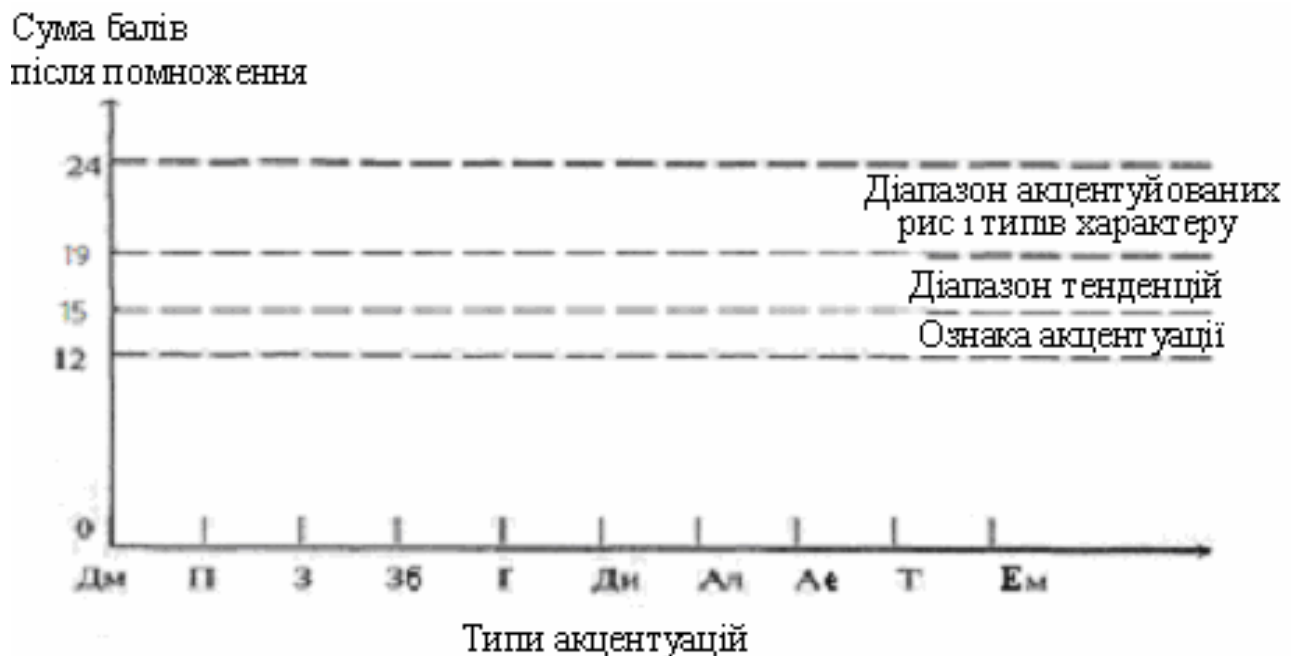
### *“Ключ”*

Підрахуйте кількість відповідей “так” (+) на одні вказані запитання та кількість відповідей “ні” (-) на інші. За кожну відповідь, яка співпала з ключем, нарахуйте один бал. Максимальна сума балів дорівнює 24. З огляду на неоднозначну кількісну представленість досліджуваних шкал, вводиться коефіцієнт вирівнювання, внаслідок чого сума отриманих “сирих” балів множиться на диференційований коефіцієнт. Так, при 8 твердженнях у шкалі отриманий результат множиться на 3, при 12 – на 2, при 4 – на 6.

1. Демонстративні: “+”: 7, 19, 22, 29, 41, 44, 63, 66, 73, 85, 88. “-”: 51. Суму відповідей помножити на 2.	6. Дистимні: “+”: 9, 21, 43, 75, 87. “-”: 31, 53, 65. Суму відповідей помножити на 3.
2. Застрагаючі, ригідні: “+”: 2, 15, 24, 34, 37, 56, 68, 78, 81. “-”: 12, 46, 59. Суму відповідей помножити на 2.	7. Тривожні: “+”: 16, 27, 38, 49, 60, 71, 82. “-”: 5. Суму відповідей помножити на 3
3. Педантичні: “+”: 4, 14, 17, 26, 39, 48, 58, 61, 70, 80, 83. “-”: 36. Суму відповідей помножити на 2.	8. Екзальтовані: “+”: 10, 32, 54, 76. Суму відповідей помножити на 6.

4. Збудливі, неврівноважені: “+”: 8, 20, 30, 42, 52, 64, 74, 86. Суму відповідей помножити на 3.	9. Емотивні, лабільні: “+”: 3, 13, 35, 47, 57, 69, 79. “-”: 25. Суму відповідей помножити на 3.
5. Гіпертимні: “+”: 1, 11, 23, 33, 45, 55, 67, 77. Суму відповідей помножити на 3.	10. Циклотимні: “+”: 6, 18, 28, 40, 50, 62, 72, 84. Суму відповідей помножити на 3.

На підставі практичного застосування опитувальника вважається, що **сума балів у діапазоні від 15 до 19 свідчить лише про тенденцію** до того чи іншого типу акцентуації. І лише у випадку **перевищення 19 балів риса характеру є акцентуованою**.



## Опитувальник про стан здоров'я (PHQ-9) – шкала самооцінки депресії

Опитувальник про стан здоров'я (Patient Health Questionnaire – PHQ-9) – шкала самооцінки депресії, яка складається з дев'яти пунктів і є ефективною в діагностиці великого депресивного розладу так само, як і для вибору методу/засобу лікування та моніторингу результатів.

### *Реєстраційний бланк*

П.І.Б.(повністю) \_\_\_\_\_  
 Дата обстеження \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_ Стать чол./жін. (підкреслити)  
 Посада (підрозділ) \_\_\_\_\_ Спеціальність \_\_\_\_\_  
 Військове звання \_\_\_\_\_

*Інструкція:* “Як часто за останні 2 тижні Вас турбували такі прояви? Зробіть позначку у відповідній клітинці реєстраційного бланку (потрібну цифру обведіть кружечком)”.

Прояви	Не турбували взагалі	Протягом декількох днів	Більше половини	Майже кожного дня
Дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ (відсутність бажання щось робити)	0	1	2	3
Поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності	0	1	2	3
Труднощі із засинанням, переривчастий або занадто тривалий сон	0	1	2	3
Почуття втоми або знесилення (занепад сил)	0	1	2	3
Поганий апетит чи навпаки – переїдання	0	1	2	3
Погані (негативні) думки про себе.	0	1	2	3



Ви вважаєте себе невдахою або розчаровані в собі, або вважаєте, що не виправдали сподівань своєї родини				
Труднощі концентрації уваги (наприклад, зосередитися на читанні газети чи перегляді телепередач)	0	1	2	3
Ваші рухи або мова були настільки повільними, що оточуючі могли помітити. Або навпаки, Ви були настільки метушливі або збуджені, що рухалися більше, ніж зазвичай	0	1	2	3
Думки про те, що Вам краще було б померти або про те, щоб заподіяти собі шкоду будь-яким чином	0	1	2	3
<b>Сума</b>				
		<b>Загальний бал =</b> _____		
У випадку наявності у Вас наведених вище проблем – наскільки вони ускладнили виконання Вами службових обов'язків, домашніх справ або спілкування з іншими людьми?				Зовсім не ускладнили  Дещо ускладнили  Дуже ускладнили  Надзвичайно ускладнили

### *Інтерпретація результатів*

Критерії оцінки результатів PHQ-9\*

**Загальний бал тяжкості депресії:**

0-4 – депресія відсутня;

5-9 – легка (“субклінічна”) депресія;

10-14 – депресія помірної тяжкості;

15-19 – депресія середньої тяжкості;

20-27 – тяжка депресія.

\* Бал  $\geq 10$  є інформативним у значенні великого депресивного розладу з чутливістю та специфічністю 83%.

## Опитувальник “Міні-мульти”

Опитувальник “Міні-мульти” являє собою скорочений варіант теста ММРІ, містить 71 твердження, 11 шкал, із них 3 – оціночні. Перші 3 оціночні шкали вимірюють відвертість респондента, ступінь достовірності результатів тестування та величину корекції, що вноситься надмірною обережністю. Решта 8 шкал є базисними й оцінюють властивості особистості.

### Реєстраційний бланк

П.І.Б.(повністю) \_\_\_\_\_  
 Дата обстеження \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_ Стать чол./жін. (підкреслити)  
 Посада (підрозділ) \_\_\_\_\_ Спеціальність \_\_\_\_\_  
 Військове звання \_\_\_\_\_

*Інструкція:* “Вам пропонується ряд тверджень, які стосуються стану Вашого здоров’я й Вашого характеру. Прочитайте кожне твердження й вирішіть, вірно воно чи невірно по відношенню до Вас. Якщо Ви згодні з твердженням, то в клітинці з номером питання поставте знак “+” (“так”, “вірно”), якщо не згодні – знак “–” (“ні”, “невірно”). Не витрачайте час на роздуми. Найбільш природнім є те рішення, яке першим приходить в голову. Час на проведення опитування – не обмежений”.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
71									

### Текст опитувальника

1. У Вас хороший апетит.
2. Щоранку Ви зазвичай відчуваєте, що виспалися й відпочили.

3. У Вашому повсякденному житті маса цікавого.
4. Ви працюєте з великим напруженням.
5. Часом Вам у голову приходять такі нехороші думки, що про них краще не розповідати.
6. У Вас дуже рідко бувають закрепи.
7. Іноді Вам дуже хотілося назавжди піти з дому.
8. Часом у Вас бувають напади нестримного сміху або плачу.
9. Часом Вас турбує нудота й блювотні позиви.
10. У Вас таке враження, що Вас ніхто не розуміє.
11. Іноді Вам хочеться вилятися.
12. Кожного тижня Вам сняться кошмари.
13. Вам важче зосередитися, ніж більшості людей.
14. З Вами відбувалися (або відбуваються) дивні речі.
15. Ви досягли б у житті набагато більшого, якби люди не були налаштовані проти Вас.
16. У дитинстві був час, коли Ви скоювали крадіжки.
17. Бувало, що по кілька днів, тижнів або цілих місяців Ви нічим не могли зайнятися, тому що важко було змусити себе включитися в роботу.
18. У Вас переривчастий і неспокійний сон.
19. Коли Ви знаходитеся серед людей, Вам чуються дивні речі.
20. Більшість людей, які Вас знають, не вважають Вас неприємною людиною.
21. Вам часто доводилося підкорятися кому-небудь, хто знав менше Вашого.
22. Більшість людей задоволені своїм життям більше, ніж Ви.
23. Багато хто перебільшує свої нещастя, щоб домогтися співчуття та допомоги.
24. Іноді Ви сердитесь.
25. Вам безперечно не вистачає впевненості в собі.
26. У Вас часто бувають посмикування в м'язах.
27. У Вас часто буває почуття, ніби Ви зробили щось неправильне або недобре.
28. Зазвичай Ви задоволені своєю долею.
29. Деякі так люблять командувати, що Вам хочеться все зробити наперекір, хоча Ви знаєте, що вони праві.
30. Ви вважаєте, що проти Вас щось задумують.
31. Більшість людей здатні добиватися вигоди не зовсім чесним шляхом.

32. Вас часто турбує шлунок.
33. Часто Ви не можете зрозуміти, чому напередодні Ви були в поганому настрої й роздратовані.
34. Часом Ваші думки текли так швидко, що Ви не встигали їх висловлювати.
35. Ви вважаєте, що Ваше сімейне життя не гірше, ніж у більшості Ваших знайомих.
36. Часом Ви впевнені у власній непотрібності.
37. В останні роки Ваше самопочуття було в основному гарним.
38. У Вас бували періоди, під час яких Ви щось робили та потім не могли пригадати, що саме.
39. Ви вважаєте, що Вас часто незаслужено карали.
40. Ви ніколи не почували себе краще, ніж тепер.
41. Вам байдуже, що думають про Вас інші.
42. З пам'яттю у Вас все благополучно.
43. Вам важко підтримувати розмову з людиною, з якою Ви тільки що познайомилися.
44. Більшу частину часу Ви відчуваєте загальну слабкість.
45. У Вас рідко болить голова.
46. Іноді Вам бувало важко зберегти рівновагу під час ходьби.
47. Не всі Ваші знайомі Вам подобаються.
48. Є люди, які намагаються вкрати Ваші ідеї та думки.
49. Ви вважаєте, що скоювали вчинки, які не можна пробачити.
50. Ви вважаєте, що Ви занадто сором'язливі.
51. Ви майже завжди про що-небудь турбуєтесь.
52. Ваші батьки часто не схвалювали Ваших знайомств.
53. Іноді Ви трохи пліткуєте.
54. Часом Ви відчуваєте, що Вам незвичайно легко приймати рішення.
55. У Вас буває сильне серцебиття й Ви часто задихаєтесь.
56. Ви запальні, але швидко відходите.
57. У Вас бувають періоди такого неспокою, що важко всидіти на місці.
58. Ваші батьки та інші члени родини часто прискіпуються до Вас.
59. Ваша доля нікого особливо не цікавить.
60. Ви не засуджуєте людину, яка не проти скористатися в своїх інтересах помилками іншого.
61. Іноді Ви сповнені енергії.
62. За останній час у Вас погіршився зір.

63. Часто у Вас дзвенить або шумить у вухах.
64. У Вашому житті були випадки (можливо, тільки один), коли Ви відчували, що на Вас впливають гіпнозом.
65. У Вас бувають періоди, коли Ви незвично веселі без особливої причини.
66. Навіть перебуваючи в компанії, Ви зазвичай відчуваєте себе самотньо.
67. Ви вважаєте, що майже кожен може збрехати, щоб уникнути неприємностей.
68. Ви відчуваєте гостріше, ніж більшість інших людей.
69. Часом Ваша голова працює ніби повільніше, ніж зазвичай.
70. Ви часто розчаровуєтесь у людях.
71. Ви зловживаєте спиртними напоями.

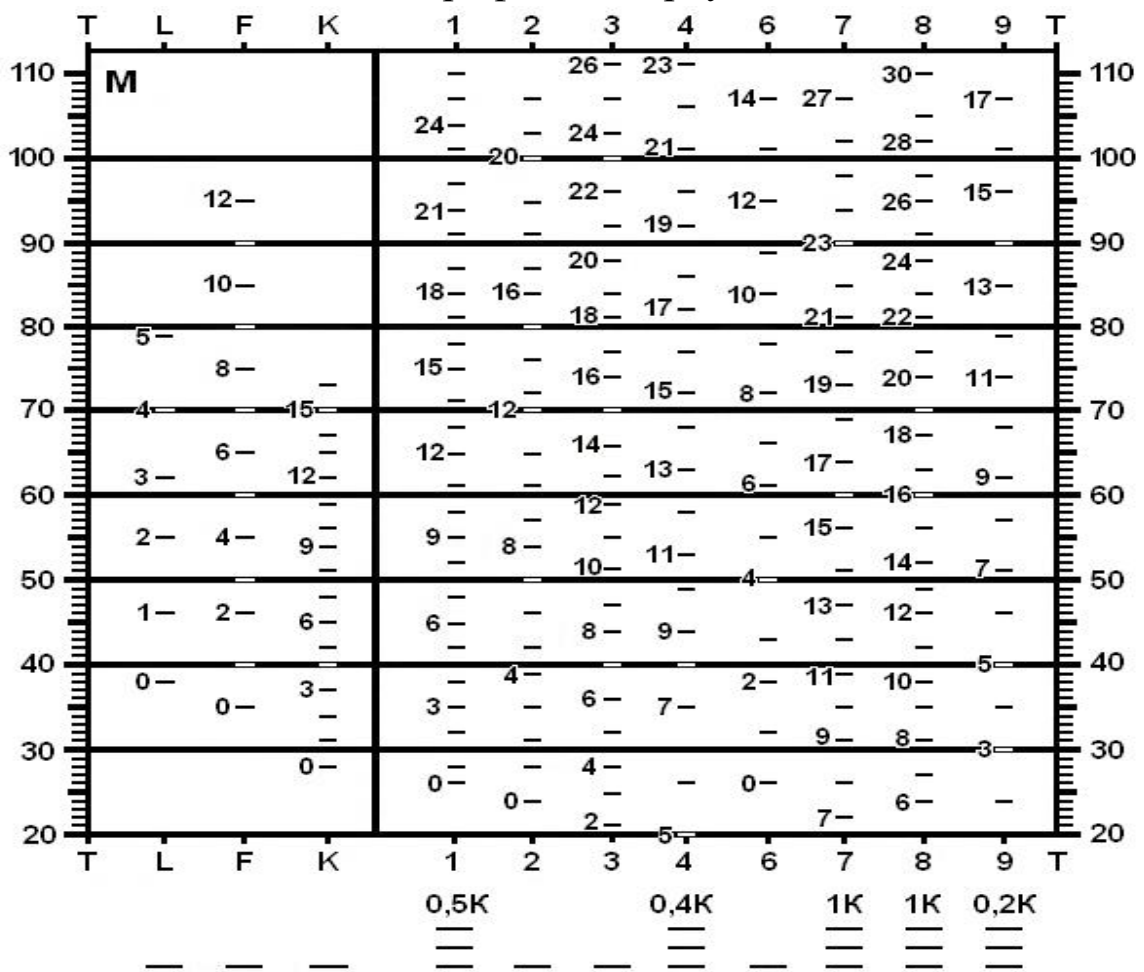
*“Ключ”*

Шкали	Варіанти відповідей	№ твердження
<i>L</i>	Невірно (Н)	5, 11, 24, 47, 53
<i>F</i>	Н	22, 24, 61
	Вірно (В)	9, 12, 15, 19, 30, 38, 48, 49, 58, 59, 64, 71
<i>K</i>	Н	11, 23, 31, 33, 34, 36, 40, 41, 43, 51, 56, 61, 65, 67, 69, 70
<i>1 (Hs)</i>	Н	1, 2, 6, 37, 45
	В	9, 18, 26, 32, 44, 46, 55, 62, 63
<i>2 (D)</i>	Н	1, 3, 6, 11, 28, 37, 40, 42, 60, 61, 65
	В	9, 13, 17, 18, 22, 25, 36, 44
<i>3 (Hy)</i>	Н	1, 2, 3, 11, 23, 28, 29, 31, 33, 35, 37, 40, 41, 43, 45, 50, 56
	В	9, 13, 18, 26, 44, 46, 55, 57, 62
<i>4 (Pd)</i>	Н	3, 28, 34, 35, 41, 43, 50, 65
	В	7, 10, 13, 14, 15, 16, 22, 27, 52, 58, 71
<i>6 (Pa)</i>	Н	28, 29, 31, 67
	В	5, 8, 10, 15, 30, 39, 63, 64, 66, 68
<i>7 (Pt)</i>	Н	2, 3, 42
	В	5, 8, 13, 17, 22, 25, 27, 36, 44, 51, 57, 66, 68
<i>8 (Se)</i>	Н	3, 42
	В	5, 7, 8, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 26, 30, 38, 39, 46, 57, 63, 64, 66
<i>9 (Ma)</i>	Н	43
	В	4, 7, 8, 21, 29, 34, 38, 39, 54, 57, 60

Таблиця коефіцієнтів корекції

Значення шкали К	0,5К	0,4К	0,2К
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0

Профільний аркуш



## *Обробка результатів*

Значення шкали К додається до базисних шкал №1, 4, 6, 7, 8. Наприклад: якщо за шкалою К отримано 9 балів, то до значення шкали №1, відповідно до таблиці значень шкали К, додають 5 балів, до значення шкали №4 – 4 бали, до значення шкал №6 і №7 – по 9 балів, до значення шкали №8 – 2 бали.

### *Оціночні шкали:*

1. Шкала брехні(L).
2. Шкала достовірності (F).
3. Шкала корекції (K).

### *Базисні шкали:*

1. Іпохондрії (Hs).
2. Депресії (D).
3. Істерії (Hy).
4. Психопатії (Pd).
5. Паранойяльності (Pa).
6. Психастенії (Pt).
7. Шизоїдності (Se).
8. Гіпоманії (Ma).

Високими оцінками по всіх шкалах, після побудови профілю особистості, є оцінки, що перевищують 70. Низькими оцінками вважаються оцінки нижче 40.

### *Опис шкал*

*Шкала брехні (L)* – оцінює щирість респондента.

*Шкала достовірності (F)* – виявляє недостовірні відповіді: чим більше значення за цією шкалою, тим менш надійними є результати.

*Шкала корекції (K)* – згладжує спотворення, що вносяться надмірною обережністю й контролем респондента під час тестування. Високі показники за цією шкалою свідчать про неусвідомлений контроль поведінки. Шкала (K) використовується для корекції базисних шкал, які залежать від її величини.

### *Базисні шкали*

1. *Іпохондрія (Hs)* – близькість респондента до астено-невротичного типу. Респонденти з високими оцінками неквапливі,

пасивні, всьому вірять, покірні владі, повільно пристосовуються, погано реагують на зміну обстановки, легко втрачають рівновагу в соціальних конфліктах.

2. *Депресія (D)* – високі оцінки мають чутливі, схильні до тривог, боязкі, сором'язливі, сенситивні особи. У справах вони старанні, сумлінні, високоморальні та відповідальні, але не здатні приймати рішення самостійно, вони не впевнені в собі, при найменших невдачах вони впадають у відчай.

3. *Істерія (Hy)* – виявляє осіб, схильних до неврологічних захисних реакцій конверсійного типу. Вони використовують симптоми соматичного захворювання, як засіб уникнення відповідальності. Всі проблеми вирішуються відходом у хворобу. Головною особливістю таких людей є прагнення здаватися більш значущою особою, ніж є насправді, вони прагнуть звернути на себе увагу та хочуть, щоб ними захоплювалися. Почуття таких людей поверхневі й інтереси неглибокі.

4. *Психопатія (Pd)* – високі оцінки за цією шкалою свідчать про соціальну дезадаптацію, такі люди агресивні, конфліктні, нехтують соціальними нормами й цінностями. Настрій у них нестійкий, вони образливі, збудливі та чутливі. Можливий і тимчасовий підйом за цією шкалою, викликаний якою-небудь причиною.

5. *Паранойяльність (Pa)* – основна риса людей з високими показниками за цією шкалою – схильність до формування надцінних ідей. Це люди однобічні, агресивні та злопам'ятні. Хто не згодний з ними, хто думає інакше, той взагалі нічого не розуміє, або просто ворог. Свої погляди вони активно нав'язують, тому мають часті конфлікти з оточуючими. Власні найменші вдачі вони завжди переоцінюють.

6. *Психастенія (Pt)* – діагностує осіб із тривожно-недовірливим типом характеру, яким властиві тривожність, боязливість, нерішучість, постійні сумніви.

7. *Шизоїдність (Se)* – особам з високими показниками за цією шкалою властивий шизоїдний тип поведінки. Вони здатні тонко відчувати та сприймати абстрактні образи, але повсякденні радощі й прикрощі не викликають у них емоційного відгуку. Таким чином, загальною рисою шизоїдного типу є поєднання підвищеної чутливості з емоційною холодністю та відчуженістю в



міжособистісних стосунках.

8. *Гіпоманія (Ma)* – для осіб із високими оцінками за цією шкалою характерний піднесений настрій незалежно від обставин. Вони активні, діяльні, енергійні та життєрадісні. Вони люблять роботу з частими змінами, охоче контактують із людьми, проте інтереси їх поверхневі й нестійкі, їм не вистачає витримки та наполегливості.

**Опитувальник для первинного скринінгу  
посттравматичного стресового розладу (ПТСР)**

Даний опитувальник дозволяє в умовах дефіциту часу провести первинний скринінг на наявність ознак ПТСР.

***Реєстраційний бланк***

П.І.Б.(повністю) \_\_\_\_\_  
Дата обстеження \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_ Стать чол./жін. (підкреслити)  
Посада (підрозділ) \_\_\_\_\_ Спеціальність \_\_\_\_\_  
Військове звання \_\_\_\_\_

*Інструкція:* Дайте, будь-ласка, відповідь на 7 запитань, які наведені нижче. Якщо Ваша відповідь стверджувальна і Ви погоджуєтеся з наведеним запитанням, то обведіть у кружечок відповідь “так”, якщо не погоджуєтеся – “ні”.

1. Ви уникаєте нагадувань про травматичну подію шляхом уникнення певних місць, людей або діяльності?

- Так

- Ні

2. Ви втратили інтерес до діяльності, яка колись була важливою або приємною для Вас?

- Так

- Ні

3. Ви стали почувати себе більш далеким або ізольованим від інших людей?

- Так

- Ні

4. Ви втратили здатність переживати почуття любові або прихильності до інших людей?

- Так

- Ні

5. Ви стали думати, що немає ніякого сенсу будувати плани на майбутнє?

- Так

- Ні

6. У вас виникли проблеми із засинанням або сном?

- Так

- Ні

7. Ви стаєте більш нервовим або роздратованим через звичайний шум чи рух?

- Так

- Ні

### *Обробка та інтерпретація результатів*

4 і більше позитивних відповідей – вказують на ймовірність ПТСР. У такому випадку рекомендується провести більш детальну діагностику респондента на наявність ознак ПТСР.

## Методика “Стрес-фактори”

Спрямована на вияв негативного впливу різних стресогенних чинників у районі проведення антитерористичної операції (ООС).

### *Реєстраційний бланк*

П.І.Б.(повністю) \_\_\_\_\_  
 Дата обстеження \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_ Стать чол./жін. (підкреслити)  
 Посада (підрозділ) \_\_\_\_\_ Спеціальність \_\_\_\_\_  
 Військове звання \_\_\_\_\_

*Інструкція:* “Вам пропонується ряд значущих стрес-факторів, які частіше за все можуть негативно впливати на Ваш психоемоційний стан. Оцініть їх за ступенем важливості для Вас, присвоївши кожному фактору ранг від 1 до 30, враховуючи при цьому, що фактору, який для Вас є найбільш значущим, присвоюється ранг 30, фактору найменш значущому – ранг 1”.

№з/п	Назва фактора	Ранг	Приміт.
1	Ситуації, які загрожують життю та фізичній цілісності		
2	Події, в результаті яких постраждали честь та гідність		
3	Фізичне знищення бойовиків (особливо вперше)		
4	Побоювання, страх власної загибелі		
5	Поранення, контузії, каліцтва		
6	Погані гігієнічні умови		
7	Страхітливі картини смерті, людські втрати та муки		
8	Помилки командування		
9	Стресори сімейного життя		
10	Стресори морально-етичного характеру (докори сумління, відповідальність за життя невинних людей, необхідність застосування зброї та інших засобів ураження)		

11	Сексуальна дисгармонія		
12	Незадоволеність у біологічних і соціальних потребах		
13	Незадоволеність у матеріальних потребах		
14	Страх полону		
15	Захоплення в полон бойових побратимів, товаришів		
16	Необхідність перероблення великого обсягу інформації та необхідність прийняття рішень		
17	Досвід невдалих дій (прорахунок при оцінці ситуацій, помилка в техніці рухів та ін.)		
18	Довготривалі навантаження, які породжують втому		
19	Монотонність умов, які оточують		
20	Необхідність постійно виконувати вимоги командирів (начальників)		
21	Випадки загибелі мирних громадян, побратимів		
22	Контакт із великою кількістю поранених		
23	Вигляд трупів, крові		
24	Руйнування будівель, техніки, споруд, ландшафту		
25	Вибухи, гудіння, ревіння, гуркіт, стрілянина		
26	Запахи газів, трупів та ін.		
27	Довготривале виконання роботи, яка вимагає напруження, підвищена відповідальність за свої дії		
28	Різкі, неочікувані зміни умов служби		
29	Неможливість змінити умови свого існування		
30	Інтенсивні міжособистісні конфлікти		

Інші фактори (напишіть свій варіант) \_\_\_\_\_

## Методика “Оцінка схильності до суїцидальних реакцій”

Методика призначена для виявлення схильності до суїцидальних реакцій. Питання в ній є адекватними суїцидальним проявам. Використання даних питань і тверджень у якості додаткової інформації дозволяє при проведенні обстеження виявляти осіб, які мають суїцидальні схильності, та формувати з них групу ризику.

### Реєстраційний бланк

П.І.Б.(повністю) \_\_\_\_\_  
 Дата обстеження \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_ Стать чол./жін. (підкреслити)  
 Посада (підрозділ) \_\_\_\_\_ Спеціальність \_\_\_\_\_  
 Військове звання \_\_\_\_\_

*Інструкція:* “Вам будуть запропоновані твердження, які стосуються Вашого здоров’я та характеру. Якщо Ви згодні з твердженням, поставте “+” у графі “Так”, якщо ні – поставте “-” в графі “Ні”. Над відповідями намагайтеся довго не задумуватися, правильних або неправильних відповідей немає.”

№з/п	Твердження	“+” Так	“-” Ні
1	Як Ви вважаєте, чи може життя втратити цінність для людини в певній ситуації?		
2	Життя іноді гірше смерті.		
3	У минулому в мене була спроба піти з життя.		
4	Мене багато хто любить, розуміє та цінує.		
5	Можна виправдати безнадійно хворих, що вибрали добровільну смерть.		
6	Я не думаю, що сам можу опинитися в безнадійному становищі.		
7	Сенс життя не завжди буває ясний, його можна іноді втратити або не знайти.		
8	Як Ви вважаєте, опинившись у ситуації, коли Вас зрадять близькі та рідні, Ви зможете жити далі?		
9	Я іноді думаю про свою добровільну смерть.		

10	У будь-якій ситуації я буду боротися за своє життя, чого б мені це не коштувало.		
11	Завжди і скрізь намагаюся бути абсолютно чесною людиною.		
12	У мене, в принципі, немає недоліків.		
13	Можливо, далі я жити не зможу.		
14	Дивно, що деякі люди, опинившись у безвихідному становищі, не хочуть покінчити з собою.		
15	Почуття приреченості в підсумку призводить до добровільного позбавлення себе життя.		
16	Якщо буде потрібно, то можна буде виправдати позбавлення себе життя.		
17	Мені не подобається грати зі смертю наодинці.		
18	Часто саме перше враження про людину є визначальним.		
19	Я пробував різні способи позбавлення себе життя.		
20	У критичний момент я завжди можу впоратися з собою.		
21	У школі я завжди відрізнявся (відрізнялася) тільки гарною поведінкою.		
22	Можу обманювати оточуючих, щоб погіршити своє становище.		
23	Навколо мене досить багато нечесних людей.		
24	Одного разу я обирав кілька способів покінчити з собою.		
25	Досить часто мене намагаються обдурити або ввести в оману.		
26	Я б не хотів миттєвості смерті після важких переживань.		
27	Я продовжив би жити далі, якби трапилася світова ядерна війна.		
28	Людина вільна чинити зі своїм життям так, як їй хочеться, навіть якщо вона обирає смерть.		
29	Якщо людина не вміє подати себе у вигідному світлі перед керівництвом, то вона багато чого втрачає.		
30	Нікому й ніколи не писав передсмертну записку.		
31	Одного разу намагався покінчити з собою.		
32	Ніколи не буває безвихідних ситуацій.		
33	Пробував покінчити з собою таким чином, щоб не відчувати сильного болю.		
34	Треба вміти приховувати свої думки від інших, навіть якщо їм немає до мене діла.		

35	Душа людини, напевно, відчуває полегшення, якщо сама залишає цей світ.		
36	Можу виправдати будь-який свій вчинок.		
37	Якщо я щось роблю, а мені починають заважати, то я все одно буду робити те, що задумав.		
38	Щоб людині позбутися невиліковної хвороби та перестати мучитися, вона, напевно, повинна сама припинити свої муки й піти з цього життя добровільно.		
39	Буває, сумніваюся в психічному здоров'ї деяких моїх знайомих.		
40	Одного разу наважувався покінчити з собою.		
41	Мене турбує відсутність почуття щастя.		
42	Я ніколи не йду на порушення закону, навіть у дрібницях.		
43	Іноді мені хочеться заснути й не прокинутися.		
44	Одного разу мені було дуже соромно через те, що хотілося піти з життя.		
45	Навіть у найважчій ситуації я буду боротися за своє життя, чого б мені це не коштувало.		

*“Ключ”*

Шкала “неправди” (L)

“Так” (+)	“Ні” (–)
11, 12, 18, 21, 23, 25, 29, 34, 39	42

Шкала оцінки схильності до суїцидальних реакцій (Sr)

“Так” ( + )	“Ні” (–)
1, 2, 3, 5, 7, 9, 13, 14, 15, 16, 19, 22, 24, 28, 31, 33, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 43, 44	4, 6, 8, 10, 17, 20, 26, 27, 30, 32, 45

*Обробка результатів*

Підраховується кількість відповідей, що співпали з “ключем”.  
Оціночний коефіцієнт (L) виражається у співвідношенні кількості



відповідей, що співпали з “ключем”, до максимально можливого числа співпадінь(10):

$$L = N/10 \pm 0,16$$

де N - кількість співпадаючих із “ключем” відповідей.

Показники, які отримані за шкалою “неправди”, можуть варіюватися від 0 до 1. Показники, близькі до 1, свідчать про високе прагнення представити себе з вигідного боку та про неадекватність відповідей; результати, які близькі до нуля, вказують на низький рівень і відносно надійну (за умови  $L < 0,6 \pm 0,16$ ) достовірність результатів обстеження.

Оціночний коефіцієнт (Sr) виражається у співвідношенні кількості відповідей, що співпадають, до максимально можливого числа співпадінь (35).

$$Sr = N/35 \pm 0,07$$

де N - кількість співпадаючих із “ключем” відповідей.

Отримані показники можуть варіювати від 0 до 1. Показники, які близькі до 1, свідчать про високий рівень схильності до суїцидальних реакцій, а близькі до нуля – про низький.

#### Шкала оцінок схильності до суїцидальних реакцій (Sr)

Рівень оцінки Sr	Рівень прояву	Оцінка
0,01-0,23	Низький	5
0,24-0,38	Нижче середнього	4
0,39-0,59	Середній	3
0,60-0,74	Вище середнього	2
0,75-1,00	Високий	1

#### *Інтерпретація результатів*

При інтерпретації отриманих даних слід пам'ятати, що методика констатує лише початковий рівень розвитку схильності особистості до самогубства в період її обстеження.

При наявності конфліктної ситуації, інших негативних умов і деформуючої мотивації вітального існування (ослаблення мотивації до подальшого життя) ця схильність може розвиватися.

Якщо досліджуваний отримав 5 балів, то це свідчить про низький рівень схильностей до суїцидальних реакцій.

У обстежуваних, які отримали 4 бали, може виникнути суїцидальна реакція лише на тлі тривалої психічної травматизації та при реактивних станах психіки.

Для обстежуваних, які отримали 3 бали, “потенціал” схильностей до суїцидальних реакцій не відрізняється високою стійкістю.

Обстежувані, що отримали 2 бали, належать до групи суїцидального ризику з високим рівнем прояву схильності до суїцидальних реакцій. Вони можуть відчувати складнощі у військово-професійній адаптації, можуть здійснити спробу суїциду або реалізувати саморуйнівну поведінку.

Обстежувані, що отримали 1 бал, мають дуже високий рівень прояву схильності до суїцидальних реакцій (ситуація внутрішнього й зовнішнього конфлікту, потребують медико-психологічної допомоги).

## Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду

*Реєстраційний бланк*

П.І.Б.(повністю) \_\_\_\_\_  
 Дата обстеження \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_ Стать чол./жін. (підкреслити)  
 Посада (підрозділ) \_\_\_\_\_ Спеціальність \_\_\_\_\_  
 Військове звання \_\_\_\_\_

*Інструкція:* “Ці запитання стосуються характеру й тривалості Вашого перебування в умовах бойових дій (якщо таке з Вами відбувалося). Під кожним запитанням є шкала, прорангована від 0 до 3 (або від 0 до 4). Оберіть на цій шкалі позицію, яка максимально наближена до опису Вашого військового досвіду, і обведіть цифру кружечком відповідно до Вашого вибору”.

1. Чи ходили Ви коли-небудь у військовий дозор або виконували інше завдання в умовах підвищеної небезпеки?

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
жодного разу	1-3 рази	4-12 разів	13-50 разів	більше 50 раз

2. Чи перебували Ви коли-небудь у зоні обстрілу з боку супротивника?

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
жодного разу	менше 1 місяця	1-3 місяці	4-6 місяців	більше 6 міс.

3. Чи перебували Ви коли-небудь в оточенні ворога?

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
жодного разу	1-2 рази	3-12 разів	13-50 разів	більше 50 раз

4. Скільки людей у відсотковому співвідношенні у Вашому підрозділі було вбито, поранено чи пропало безвісти під час бойових дій?

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
жодного	між 1-25 %	між 26-50%	більше ніж 50%

5. Як часто Ви брали участь в обстрілі супротивника?

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
жодного разу	1-2 рази	3-12 разів	13-50 разів	більше 50 раз

6. Як часто Ви спостерігали, як хто-небудь був убитий або поранений в ході бойових дій?

0	1	2	3	4
жодного разу	1-2 рази	3-12 разів	13-50 разів	більше 50 раз

7. Як часто Ви наражались на небезпеку бути вбитим або пораненим (кулями, снарядами, холодною зброєю), потрапляли в засідку, в інші дуже небезпечні ситуації?

0	1	2	3	4
жодного разу	1-2 рази	3-12 разів	13-50 разів	більше 50 раз

8. Що із зазначеного нижче (якщо таке є) описує те, чого Ви зазнали під час бойових дій (потрібне позначити):

- дислокування в спостережному пункті на передовій;
- перебування під прямим вогнем ворога (вогнепальна зброя, артилерія, ракети або міномети);
- траплялися міни або міни-пастки під час несення вахти або місці несення служби;
- підрозділ був обстріляний снайперським вогнем;
- підрозділ потрапляв у засідку.

9. Чи були Ви поранені або постраждали під час бойових дій?

- Так
- Ні

Якщо Ваша відповідь “Так”, то опишіть природу свого поранення

---

---

10. Чи є у Вас інвалідність внаслідок бойових дій?

- Так
- Ні

Якщо Ваша відповідь “Так”, то вкажіть групу інвалідності \_\_\_\_\_

В результаті чого вона отримана? \_\_\_\_\_

---

## Структуроване інтерв'ю

## КОНФІДЕНЦІЙНА ІНФОРМАЦІЯ

Психолог повідомляє клієнта про те, що вся надана ним інформація є конфіденційною та не підлягає розголошенню. Проте інформує клієнта, що в разі виявлення загрози життю й здоров'ю клієнта (аутоагресії) або ймовірності того, що клієнт може нашкодити здоров'ю й життю оточуючих, інформація буде надана безпосередньому командирі (начальнику).

ДАТА \_\_\_\_\_ ЧАС (з \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_ години)

## ФОРМА ОБСТЕЖЕННЯ:

- ☐ - віч-на-віч;  
☐ - за допомогою двостороннього електронного відео - та аудіо-запису (у випадках попереднього погодження на госпіталізацію).

## 1. ОСОБИСТІ ДАНІ

Прізвище: \_\_\_\_\_ Ім'я: \_\_\_\_\_ Вік: \_\_\_\_\_

Дата народження: \_\_\_\_\_  
 день/місяць/рік

Фізична особа: \_\_\_\_\_  
 статі громадянство зріст вага

Військове звання \_\_\_\_\_

Військова спеціальність \_\_\_\_\_

Освіта:

- ☐ - незакінчена середня; ☐ - повна загальна середня;  
☐ - середня спеціальна; ☐ - незакінчена вища;  
☐ - повна вища.

Адреса: \_\_\_\_\_  
 (Назва вулиці, міста чи смт, поштовий індекс)

Телефон: ( ) \_\_\_\_\_

Вступив до лав ЗС України: добровільно - ☐; за призовом - ☐.

Якщо клієнт служить за контрактом, вказати дату заключення контракту

Загальна тривалість перебування в зоні ООС \_\_\_\_\_.

В який період знаходився в зоні ООС? \_\_\_\_\_

Безпосередня участь у бойових діях: так ☐; ні ☐.

Номер підрозділу (бригада, батальйон, рота, взвод, відділення, посада)

---

Професія до мобілізації (основний рід занять): \_\_\_\_\_

Сімейний стан:

- ☐ - не одружений; ☐ - офіційно одружений / заміжня;  
☐ - незареєстрований шлюб; ☐ - розлучений;  
☐ - вдовець/вдова.

Кількість зареєстрованих шлюбів \_\_\_\_\_.

Середній щомісячний дохід з усіх джерел \_\_\_\_\_.

Оцінка власної соціальної захищеності:

*Соціальна захищеність – це рівень та стан реалізації соціальних прав особистості правовими засобами, виражені в стійкому благополуччі людини, у високому рівні її добробуту. Іншими словами, соціальна захищеність – це ті правові умови, які на базі соціально-економічних і культурних реальностей дають можливість для сприятливого індивідуального розвитку особистості, реалізації її творчих і виробничих можливостей і здібностей.*

*Соціальна захищеність – це результат дії механізмів соціального захисту, коли особа, яка опинилася в силу причин об'єктивного чи суб'єктивного характеру в несприятливому становищі, має, на її власну думку, можливість скористатися певним мінімумом гарантованих державою благ. Соціальна захищеність може бути реальною або удаваною. При реальній соціальній захищеності суб'єкт переконаний у достатності наданих йому благ так само, як і в можливості їх отримання, і до того ж, існують ефективно діючі механізми соціального захисту, якими він може скористатися. При удаваній соціальній захищеності у суб'єкта є уявлення про достатність наданих йому благ і можливостей їх реального отримання, але існуючі механізми соціального захисту не дозволяють реально скористатися ними.*

☐ - задовільна; ☐ - незадовільна; ☐ - вкрай незадовільна.

Наявність дітей:

☐ - немає; ☐ - одна; ☐ - двоє; ☐ - троє і більше.

Чи притягалися Ви або члени Вашої родини до кримінальної відповідальності (якщо так, то хто, коли та за що)?

---

Захоплення: (гра на музичних інструментах, різьба по дереву, спорт, тощо): \_\_\_\_\_

---

Що приносить задоволення в житті? \_\_\_\_\_

---

Чи є плани на майбутнє, які? \_\_\_\_\_

Чи звертався до психолога раніше? ☐ так; ☐ ні.  
Чи була допомога психолога ефективною? ☐ так; ☐ ні.  
Що сподобалося в роботі психолога? \_\_\_\_\_  
Що не сподобалося в роботі психолога? \_\_\_\_\_  
Які причини змусили звернутися до психолога в цей раз? \_\_\_\_\_  
Що очікуєте від цієї зустрічі з психологом? \_\_\_\_\_

Звідки дізналися, хто рекомендував (якщо не в умовах стаціонару)? \_\_\_\_\_

Рішення про звернення до психолога приймалось:

☐ - самостійно;

☐ - на прохання рідних, друзів;

інше \_\_\_\_\_

## 2. ВІДОМОСТІ ПРО РОДИНУ

Дружина (П.І.Б., дата народження, місце проживання та реєстрації, місце роботи) \_\_\_\_\_

Мати (П.І.Б., дата народження, місце проживання та реєстрації, місце роботи) \_\_\_\_\_

Батько (П.І.Б., дата народження, місце проживання та реєстрації, місце роботи) \_\_\_\_\_

Брати, сестри (П.І.Б., дата народження, місце проживання та реєстрації) \_\_\_\_\_

Діти (П.І.Б., дата народження) \_\_\_\_\_

### Характер відносин між членами родини:

демократичні ☐: рівноправні відносини; рівність прав і рівність обов'язків;

романтичні ☐: подружжя чекає духовної згоди один від одного, важливе значення приділяється сентиментальним символам;

батьківський партнер ☐: у подружніх відносинах повторює модель родини своїх батьків;

дитячий партнер ☐: у відносинах присутня деяка спонтанність, безпосередність і радість, однак одночасно набувається влада над дружиною/чоловіком своїм "дитячим" способом, тобто проявом слабкості та безпорадності;

раціоналістичні ☐: раціоналістичний партнер стежить за проявом емоцій, точно дотримується прав і обов'язків. Він відповідальний і тверезий в оцінках, добре пристосовується до життя, незважаючи на те, що його партнерка не поводить таким же чином;

товариські ☐: розділяють між собою повсякденні турботи, не претендують на романтичне кохання, приймають як неминуче звичайні тяготи сімейного життя;

незалежні ☐: в шлюбі зберігається певна дистанція по відношенню до

свого партнера. Присутнє прагнення уникнути зайвої інтимності у відносинах і бажання, щоб партнер ставився з повагою до цих вимог;

епілептоїдні □: сексуальне бажання високе, але любов до порядку й повага до заборон блокують будь-які “недозволені” різноманітності в сексі. Партнер весь час обмежує свої бажання рамками консервативних форм, для нього характерні механічно здійснювані дії, що приносять сексуальне задоволення тільки йому самому. Його партнер при цьому – за межами сфери уваги. Глибокий особистісний контакт у подружжя відсутній;

паранойяльні □: секс - виключно засіб задоволення. До фізичного й духовного злиття партнер не прагне. Проте, щоб принести задоволення іншому, паранойяльний партнер навіть не замислюється;

психастеноїдні □: в інтимному житті партнер невимогливий. Задовольняючись блякими фізіологічними відчуттями, справжнє задоволення вони отримують від свідомості того, що доставляють насолоду партнеру;

гіпертимні □: високо сексуальні партнери, вміють отримувати задоволення й надавати його партнеру. Подружжя створює дуже приємний фон для інтимного спілкування. Вільні у проявах сексуальності, не обмежують себе ніякими заборонами. “Все, що приємно, – корисно” або “красиво й етично все, що стосується взаємного задоволення і згоди”. Такі партнери нескінченно впевнені в собі;

істероїдні □: без любові такі партнери на інтимні стосунки не йдуть. Навіть за наявності багатих сексуальних контактів, у кожен конкретний момент вони щиро люблять предмет привабливості. У сексі винахідливі, здатні влаштовувати з інтимного контакту справжнє свято;

шизоїдні □: сексуальність низька, дещо холодна, механістична, позбавлена емоційного компоненту;

гіпотимні □: низька сексуальність, як правило, партнер не задоволений подружніми стосунками;

сенситивні □: в подружніх відносинах цінується, перш за все, еротичний компонент – тиха ласка, ніжність, можливість відчути захищеність і емоційну близькість. Налаштовані на те, щоб давати радість партнеру, а не вимагати її для себе;

відкрите партнерство □: поважне ставлення до особистого життя партнера, ненав’язування йому своєї думки і смаків, не ображатися на нього, якщо він не прагне постійно робити для іншого партнера щось приємне; вміння ділитися один з одним як позитивними, так і негативними почуттями, без критичних оцінок; недотримання ролей, що традиційно вважаються чоловічими або жіночими, пробувати змінювати ролі; безумовна довіра один до одного (“я вірю їй, навіть якщо б вона була мені невірною”);

з двосторонньою залежністю □: відносини пасивно-залежного чоловіка з пасивно-залежною дружиною. Подружжя, в якому “обидва не вміють плавати й топлять один одного, штовхаючи під воду”. Обидва мріють



про кохання, і кожен думає, що в шлюбі він дає більше, ніж отримує. Обидва поведуться як діти. Ніхто з них не здогадується проявити достатній інтерес до проблем іншого.

Чи є в родині особи, які мають інвалідність, потребують постійного медичного догляду (хто, з якої причини)? \_\_\_\_\_

Оцінка соціальної захищеності родини:

☐ - задовільна; ☐ - незадовільна; ☐ - вкрай незадовільна.

Ставлення членів родини до вибору професії (військової):

☐ - схвалюють; ☐ - проявляють байдужість; ☐ - не схвалюють;

☐ - наполягають на звільненні.

Рекомендована консультація сімейного психотерапевта: ☐ - ні; ☐ - так.

### 3. ВІДОМОСТІ ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я

Чи хворий клієнт зараз? ☐ - ні; ☐ - так.

Якщо так, то чим саме? \_\_\_\_\_.

Чи має клієнт поранення внаслідок участі в АТО (ООС)? ☐ - ні; ☐ - так.

Характер поранення: \_\_\_\_\_.

Наявність інвалідності: ☐ - ні; ☐ - так.

Якщо так, то якої групи? \_\_\_\_\_.

Вкажіть, яке лікування Ви отримували протягом останнього місяця:

☐ - стаціонарне;

☐ - денний стаціонар;

☐ - стаціонарне менше 3-х днів; ☐ - стаціонарне вечорами;

☐ - амбулаторне;

☐ - був здоровий, не отримував ніякого лікування;

☐ - відчував себе хворим, але не отримував ніякого лікування;

☐ - отримував лікування в осіб без медичної освіти.

Якщо клієнт проходив стаціонарну госпіталізацію:

1) а. Приблизна загальна кількість госпіталізацій \_\_\_\_\_.

1) б. У державному закладі: ☐ - ні; ☐ - так.

2) а. Дата виписки з останньої госпіталізації \_\_\_\_\_.

2) б. Місце виписки \_\_\_\_\_.

Причина госпіталізації: \_\_\_\_\_.

Відділення, в якому проходив лікування: \_\_\_\_\_.

Коментарі (необов'язково): \_\_\_\_\_.

Як оцінює свій стан здоров'я?

☐ - добрий; ☐ - задовільний;

☐ - незадовільний; ☐ - вкрай незадовільний.

Чи є серед перенесених Вами захворювань:

☐ туберкульоз,

☐ гепатит,

☐ венеричні захворювання,

☐ гострі кишкові захворювання,

☐ черепно-мозкові травми (з яких причин),

☐ інші перенесені захворювання (які, з яких причин) \_\_\_\_\_.

Що з'явилося у клієнта нового, чого не було до мобілізації?

☐ - у поведінці; ☐ - в емоціях; ☐ - у відчуттях;

☐ - у думках; ☐ - зміна життєвих цінностей;

інше \_\_\_\_\_.

**Психологічний висновок:**

#### 4. ОПИС ТРАВМАТИЧНОЇ ПОДІЇ ТА ПОТОЧНИХ ОБСТАВИН

(вказати інформацію про те, що допомогло клієнту в попередні рази переживання травматичної події, раптових подій, що призвели до проблем; про стресові фактори, сильні якості, чинники прийняття рішень, доступність мережі підтримки, недавня поведінка):

#### 5. ОБСТЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО СТАНУ *(перевірити всі можливі ознаки та вказати специфічні особливості поведінки у висновках).*

**Зовнішній вигляд:** ☐ - в межах норми; ☐ - недостатня гігієна;  
☐ - збуджений; ☐ - загальмований;  
☐ - неохайний; ☐ - дивний;  
☐ напружений.

**Порушення поведінки / рухових навичок:**

☐ - в межах норми; ☐ - схвильованість;  
☐ - обачність; ☐ - контроль імпульсів;  
☐ - тремтіння; ☐ - маніакальність\*;  
☐ сповільнення психомоторних навичок.

**Орієнтування:** ☐ - в межах норми;

**дезорієнтований:**

☐ - у часі; ☐ - у просторі;  
☐ - стосовно іншої людини; ☐ - стосовно ситуації.

**Мовлення:** ☐ - в межах норми; ☐ - сповільнене; ☐ - виснажене ;  
☐ - інше; ☐ - напружене; ☐ - тихе/гучне;  
☐ - нерозбірливе.

**Настрій:** ☐ - в межах норми; ☐ - сердитий/ворожий;  
☐ - стурбований; ☐ - відсторонений;  
☐ - пригнічений; ☐ - у стані ейфорії;  
☐ - у стані ангедонії.

**Діапазон настрою:** ☐ - в межах норми; ☐ - стиснутий;  
☐ - рівний; ☐ - нестійкий;  
☐ - недоречний.

**Зміст думок:** ☐ - в межах норми; ☐ - марення;  
☐ - ідеї посилянй; ☐ - нав'язливі ідеї;  
☐ - ідеї звеличення; ☐ - параноїчні ідеї\*;  
☐ - фобії.

**Процес мислення:** ☐ - в межах норми; ☐ - втрата асоціацій;  
☐ - випадкові ідеї; ☐ - відхилення думок;  
☐ - політ ідей; ☐ - замикання;  
☐ - непохитність думок.

**Перцепція/ Сенсорне сприйняття:** ☐ - в межах норми;  
**галюцинації:** ☐ - слухові; ☐ - візуальні; ☐ - нюхові;  
☐ - тактильні; ☐ ілюзії.

**Пам'ять:** ☐ - в межах норми;  
**порушена:** ☐ - короткострокова; ☐ - довгострокова;  
☐ - безпосередня.

**Здатність до надання історичної інформації:** ☐ - так; ☐ - ні.

Якщо ні, поясніть нижче у висновках.

**Апетит:** ☐ - в межах норми; ☐ - поганий;

**Вага:** ☐ - втрата; ☐ - набирання;  
☐ - підвищена; ☐ - знижена.

**Сон:** ☐ - в межах норми; ☐ надмірна сонливість;  
☐ - початковий етап проблеми;  
☐ - проблема тривалості сну.

**Розуміння:** ☐ - в межах норми; ☐ - у вигляді обвинувачень;  
☐ - незначне; ☐ - відсутнє.

**Рівень навичок прийняття рішень:** ☐ - достатній; ☐ - порушені;  
☐ - низький.

**Оцінка рівня інтелектуальних здібностей/ функціональної здатності:**  
☐ - вище середнього; ☐ - середній;  
☐ - нижче середнього; ☐ діагноз розумової нерозвиненості.

**Рівень надійності свідчень клієнта (пояснити нижче):**  
☐ - високий; ☐ - достатній; ☐ - низький.

**Поясніть клінічно важливі ознаки, враховуючи особливості, які не вдалося оцінити вище:**

**Поточні симптоми/проблеми:**

№з/п	Назва	Ознаки	З якого моменту симптом присутній	Як довго триває	Чи заважає клієнту
1	Тривога	Очікування якоїсь небезпеки.			
2	Панічні атаки	<p>Триває 5-10 хвилин. Починається раптово й повністю опановує думками й свідомістю людини. Супроводжується страхом за власне життя й незрозумілою тривогою. Посилюється одночасними вегетативними симптомами:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• частий пульс, серцебиття, відчуття перебоїв або завмирання серця;</li> <li>• підвищення артеріального тиску під час нападу, іноді до дуже великих значень;</li> <li>• відчуття задухи, нестачі повітря, утрудненого дихання;</li> <li>• розлиті болі або неприємні відчуття в ділянці серця;</li> <li>• підвищена пітливість і озноб;</li> <li>• тремтіння, поколювання, оніміння в руках і ногах;</li> <li>• запаморочення, нудота, стан близький до непритомності;</li> <li>• сухість у роті, відчуття “комка” в горлі.</li> </ul>			
3	Фобія	<p>Всі проблеми починаються в момент зіткнення з фобічним стимулом (висота, павуки, замкнений простір (ліфт) тощо), причиною фобії. Людина при цьому ментально втрачає над собою контроль, причому страх не піддається ніяким впливам раціонального мислення й логіки. Основні ознаки фобій: озноб; пітливість кінцівок; тахікардія (прискорене серцебиття); задуха; потемніння в очах; стан жаху.</p>			

4	Обсесивно-компульсивні дії	Для них характерні повторювані нав'язливі думки, які нерідко перетікають у ритуальні дії, які здійснюються для того, щоб зняти внутрішнє напруження, зменшити відчуття тривоги та запобігти лякаючим подіям. При цьому між нав'язливими діями й наслідками, від яких вони нібито повинні захистити, зазвичай не простежується ніякого логічного зв'язку.			
5	Соматизація	Перехід негативних емоцій на рівень тіла, при їх тривалому впливі, призводить до різних порушень у внутрішніх органах, розвиваються реальні соматичні порушення (підвищений тиск, хвороби серця, біль у м'язах, суглобах, шлунково-кишкові розлади).			
6	Депресія	<ul style="list-style-type: none"> <li>• розлади сну (труднощі при засипанні, раннє пробудження, поверхневий сон, не приносить відчуття відпочинку, або кошмарні сновидіння);</li> <li>• пригнічений стан, почуття втоми;</li> <li>• почуття провини, відчуття власної безпорадності й непотрібності;</li> <li>• відсутність або зниження апетиту;</li> <li>• психосоматичні розлади;</li> <li>• втрата інтересу до улюблених занять, до навколишнього світу;</li> <li>• зниження енергетичного потенціалу, статевого потягу, нездатність радіти;</li> <li>• постійне відчуттям втоми.</li> </ul>			
7	Порушення пам'яті	<b>Амнезії</b> - розлад пам'яті у вигляді порушення здатності запам'ятовувати, зберігати та відтворювати інформацію.			

		<p>Види амнезій:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ретроградна амнезія - порушення пам'яті, при якому неможливо відтворити інформацію, набуту до епізоду порушення свідомості, що виник з людиною;</li> <li>- антероградна амнезія - труднощі відтворення стосуються часу після епізоду порушеної свідомості;</li> <li>- антероретроградна амнезія - порушення пам'яті, при якому неможливо відтворити інформацію, набуту до та після епізоду порушення свідомості.</li> </ul> <p><b>2. Часткові порушення пам'яті:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- гіпомнезія - зниження пам'яті,</li> <li>- гіпермнезія - підвищення пам'яті, виникають на базі емоційних порушень, формуючи відповідно депресивний та маніакальний спектр симптомів.</li> </ul> <p><b>3. Парамнезії:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- конфабуляції - обмани пам'яті, при яких нездатність закарбовувати події та відтворювати їх призводить до відтворення видуманих подій;</li> <li>- псевдоремінісценції - порушення хронології в пам'яті, при якому окремі події минулого переносяться в теперішнє;</li> <li>- криptomнезії - розлади пам'яті, при яких людина присвоює чужі думки, дії собі.</li> </ul>			
8	Дивні думки				
9	Дивна поведінка	Поведінка, яка не властива клієнту.			
10	Параноїчні думки	Нездорова підозрілість, схильність бачити у випадкових подіях підступні дії ворогів, вибудовувати складні теорії змов проти себе, зі збереженням в іншому логічності мислення.			

11	Розлади харчової поведінки	<p>Анорексія - втрата апетиту, критичне зниження маси тіла, часто небезпечне для життя.</p> <p>Булімія - патологічно підвищене відчуття голоду, яке супроводжується деколи слабкістю та больовими відчуттями в надчеревній ділянці. Цей стан інколи поєднується зі зниженням відчуття насичення, внаслідок чого виникає потреба в надмірно великих кількостях їжі (поліфагія).</p> <p>Спотворення смаку - непереборне бажання вживати в їжу будь-що незвичайне й малоїстівне - крейду, папір, глину, ґрунт, зубний порошок, вугілля, пісок, лід, каміння, скло, метал, а також сире тісто, фарш, крупу.</p>			
12	Порушення апетиту	Підвищення, зниження, відсутність апетиту.			
13	Недостатність навичок прийняття рішень	<p>Відсутня психологічна готовність до прийняття рішення. Відсутність навичок у випадку, коли деякі рішення варто приймати миттєво, керуючись лише своєю інтуїцією, а деякі вимагають глибокого аналізу й збору додаткової інформації.</p> <p>Невміння використовувати методику “за” й “проти”, прислухатися до свого внутрішнього голосу, аналізувати наслідки й процес прийняття рішень. Нездатність повертатися до своїх помилок, побоюючись неприємних емоцій, аналізувати важливі прийняті рішення на предмет того, що можна було поліпшити як в самому рішенні, так і в процесі та методиці його прийняття.</p>			
14	Втрата інтересу	У разі, якщо те, що раніше приносило задоволення, тепер його не приносить (наприклад,			

		улюблені види діяльності, спорт, хобі тощо).			
15	Втрата енергії	Сонливість, запаморочення, втрата працездатності, відчуття, що “все валиться з рук”.			
16	Сексуальна дисфункція	У чоловіків найчастіше проявляється у вигляді дезактуалізації статевого життя, а сексуальна дисгармонія подружньої пари виникає, головним чином, унаслідок реакції дружини на захворювання чоловіка. У жінок переважну роль відіграє витіснений комплекс провини та ідеї самозвинувачування. Зниження статевого потягу, аж до алібідемії, послаблення сексуальних відчуттів і гіпооргазмія. Спостерігаються аноргазмія, болі під час статевого акту, особливо якщо жінка пережила сексуальне насильство.			
17	Порушення сну	Труднощі із засинанням ввечері або неможливість заснути після пробудження вночі; часте пробудження протягом ночі, переривчастий сон; щоб змусити себе заснути, клієнт уживає якихось заходів (випиває снодійне, вимикає світло, створює ідеальну тишу тощо); сонливість і низька працездатність протягом дня; клієнту сняться кошмари.			
18	Недостатність навичок міжособистісних взаємин	Виникають ускладнення в побудові міжособистісних контактів з оточуючими. Схильність до підвищеної конфліктності. Хвороблива реакція на критику.			
19	Проблеми поведінки	Відзначено наявність деяких ознак девіантних (адиктивної й делінквентної) форм поведінки. Наявність агресивних реакцій			



		відносно оточуючих. Схильний допускати порушення соціально ухвалених норм поведінки: дрібні порушення морально-етичних норм; злочинні дії, аутоагресивна поведінка; прагнення до відходу від реальності шляхом штучної зміни свого психічного стану за допомогою прийому деяких речовин чи постійної фіксації уваги на визначених видах діяльності, що спрямована на розвиток і підтримку інтенсивних емоцій; агресивна поведінка; конфліктна поведінка; акцентуїована поведінка; віктимна поведінка - активність особистості, за якої вона певним чином сприяє скоєнню злочину проти неї, свідомо чи підсвідомо нехтуючи запобіжними заходами, обираючи спосіб життя, який повертає до неї увагу агресивних осіб, злочинців тощо.			
20	Сімейні проблеми	Соціально-побутові проблеми, проблеми в інтимному житті; проблеми, пов'язані з вихованням дітей, тощо.			
21	Недостатність системи підтримки	Відсутність підтримки з боку родини; друзів; колег; керівництва; держави.			
22	Зміна ваги	Збільшення ваги, схуднення.			
23	Незвичні рухи тіла	Рухи тіла, які є незвичними, для клієнта та які з'явилися			
24	Інші:				

Опишіть симптоми/проблеми, подані вище, більш детально:

## 6. РЕЗУЛЬТАТИ ДІАГНОСТИЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ (приклад)

№з/п	Назва методики	Шкала	Показник	Інтерпретація результатів
1	Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду (ШОБД)			

2	Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу	ПТСР		
3	Опитувальник Міні-мульт	Шкала брехні  Шкала достовірності  Шкала корекції  Шкала іпохондрії  Шкала депресії  Шкала істерії  Шкала психопатії  Шкала паранойяльності  Шкала психастенії  Шкала шизофренії  Шкала гіпоманії		

4	Стрес-фактори			
5	PHQ-9 - анкета (опитувальник) респондента про стан здоров'я	Рівень депресії		
6	Шкала оцінки впливу травматичної події (ШОВТП)	Вторгнення  Уникнення  Збудливість		

### *Результати проєктивних тестових методик*

№з/п	Назва методики	Інтерпретація
1	Тематичний апперцептивний тест (ТАТ)	
2	Методика ДІМ-ДЕРЕВО-ЛЮДИНА	

### **Психологічний висновок:**

### **7. ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ТА ПРОБЛЕМИ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА (перевірити):**

- ☐ - група підтримки; ☐ - соціальне середовище; ☐ - освітня сфера;  
☐ - професійна сфера; ☐ - сфера житлових умов; ☐ - економічна сфера;  
☐ - сфера охорони здоров'я; ☐ - сфера правової системи; ☐ - інші.

### **8. ВИЗНАЧЕННЯ РИЗИКУ / КЛІНІЧНА ДУМКА:**

- Психічні захворювання: ☐ - наявні; ☐ - відсутні.  
 Зловживання речовинами: ☐ - відсутнє; ☐ - наявне;  
☐ - має залежність; ☐ - нестійка ремісія.

Поточні фактори ризику: *(перевірити всі можливі)*

Схильність до суїциду: ☐ - немає;  
☐ - наявність думок;  
☐ - наявність плану;  
☐ - наявність намірів без засобів;  
☐ - присутні наміри з наявністю засобів.

Схильність до вбивства: ☐ - немає;  
☐ - наявність думок;  
☐ - наявність плану;  
☐ - наявність намірів без засобів;  
☐ - присутні наміри з наявністю засобів.

Якщо фактори присутні, клієнт може дати зобов'язання не нашкодити:

☐ - самому собі; ☐ - іншим.

Контроль імпульсів: ☐ - достатній;  
☐ - середній;  
☐ - мінімальний;  
☐ - перемінний;  
☐ - критичний.

**Визначення ризику:**

☐ - інша інформація, що має відношення до цього, якщо наявна;  
☐ - спостерігається істотна вірогідність того, що в результаті психічних розладів найближчим часом він/вона постраждає через недостатність змоги:  
☐ - захистити себе від заподіяння шкоди або  
☐ - задовольнити свої основні людські потреби;  
☐ - залучення до поведінки, яка може призвести до заподіяння шкоди;  
☐ - інтервенції, спрямовані на запобігання небезпечної поведінки;  
☐ - зі здійсненою спробою заподіяння шкоди;  
☐ - яка була невдалою.

Опишіть особливості нещодавньої поведінки, перевірені вище: \_\_\_\_\_.

**Здатність та готовність приймати добровільне лікування / госпіталізацію / найменш обмежувальні альтернативи:**

☐ - спроможний; ☐ - не спроможний виконувати дії стосовно лікування;  
☐ - спроможний; ☐ - не спроможний розуміти відповідну інформацію;  
☐ - спроможний; ☐ - не спроможний розуміти наслідки;  
☐ - готовий; ☐ - не готовий прийняти лікування на добровільній основі;  
☐ - існує; ☐ - не існує менш обмежувальних соціальних альтернатив для надання допомоги цьому клієнтові.

Лікування та варіанти підтримки: ☐ - розглянуто або  
☐ - здійснено.

## 9. ОЦІНКА ВИЗНАЧЕННЯ ЗЛОВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИМИ РЕЧОВИНАМИ ТА ІСТОРІЯ ЛІКУВАННЯ:

Перевірити чи вживає клієнт на ☐ даний час або задайте клієнту такі питання:

Чи вживали Ви алкоголь або наркотичні речовини за останні 30 днів?

☐ - так; ☐ - ні.

Дата останнього разу вживання:

алкоголю \_\_\_\_\_; наркотичних речовин \_\_\_\_\_.

Які наркотичні речовини Ви вживали в минулому? \_\_\_\_\_

Чи вважали коли-небудь Ви чи інша людина, що у Вас є проблема, пов'язана зі вживанням алкоголю чи наркотичних речовин? ☐ - так; ☐ - ні.

Чи переживали Ви коли-небудь досвід синдрому відміни від алкоголю чи наркотичних речовин? ☐ - так; ☐ - ні.

Якщо так, перевірити все можливе:

<input type="checkbox"/> - тремор;	<input type="checkbox"/> - блювота;
<input type="checkbox"/> - діарея;	<input type="checkbox"/> - паранойя;
<input type="checkbox"/> - головний біль;	<input type="checkbox"/> - нудота;
<input type="checkbox"/> - потовиділення.	

☐ - особа відмовилася давати відповіді на запитання стосовно вживання алкоголю чи наркотичних речовин.

**Перевірити, якщо ці ознаки спостерігалися за ОСТАННІ 24 ГОДИНИ:**

<input type="checkbox"/> - тремор;	<input type="checkbox"/> - судом;	<input type="checkbox"/> - біла гарячка;
<input type="checkbox"/> - блювота з наявністю крові	<input type="checkbox"/> - так;	<input type="checkbox"/> - ні;
<input type="checkbox"/> - діарея з наявністю крові	<input type="checkbox"/> - так;	<input type="checkbox"/> - ні.

Якщо особа проходила стаціонарний детокс:

А) вказати кількість разів проведення детоксу \_\_\_\_\_.

Б) дата виписки з останнього разу детоксу: \_\_\_\_\_.

В) місце виписки: \_\_\_\_\_.

**Підпис особи, яка проводила попереднє обстеження клієнта:** \_\_\_\_\_.

**Ім'я та прізвище особи, яка проводила попереднє обстеження клієнта:** \_\_\_\_\_.

**Дата:** \_\_\_\_\_.

### ПРИМІТКИ:

## ПЕРСОНАЛЬНИЙ ДОДАТОК

Клієнту надається можливість коментувати:

- ☐ - так (див. коментарі нижче);  
☐ - так, але клієнт відмовляється коментувати;  
☐ - ні, пояснити:

### ІНДИВІДУАЛЬНІ КОМЕНТАРІ

**Ворожість є наслідком невдоволення клієнта: навколишнім рівнем свого життя, іншими людьми, самим собою чимось іншим.**

1. Як би Ви описали поточну ситуацію?

2. Що, на Вашу думку, було б найбільш корисним для Вас зараз?

3. Чи є якісь окремі особи, які могли би бути залученими до участі в наданні Вам підтримки та лікування (члени родини, друзі, побратими)?

4. Чи є щось таке, що Ви вже використали в якості спроби владнати поточну ситуацію?

5. Які Ваші три найсильніші якості?

6. Чи хотіли б Ви прокоментувати що-небудь ще?

### ПСИХОЛОГІЧНИЙ ВИСНОВОК:

Підпис особи \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

**ДОГОВІР**

Я,

(П.І.Б.)

зобов'язуюсь протягом наступних 30 діб, у будь-якому випадку та за будь-яких умов не заподіяти шкоди собі й оточуючим.

Дата \_\_\_\_\_

Підпис \_\_\_\_\_

Контактна особа в разі екстреного випадку: \_\_\_\_\_.

Тип стосунків із клієнтом: \_\_\_\_\_.

Адреса:

---

(назва вулиці, назва міста чи смт, поштовий індекс)

Дозвіл на звернення: ☐ - так; ☐ - ні.

Телефон: домашній (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_; робочий (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Професія: \_\_\_\_\_. Працевлаштований: ☐ - так; ☐ - ні.

Ветеран: ☐ - так; ☐ - ні; ☐ - невідомо ☐.

## Тест “Індекс тяжкості безсоння”

Тест з визначення Індексу тяжкості безсоння складається з семи питань. Також запропоновані сім відповідей для отримання сумарної оцінки в балах. Після підрахунку загальної суми балів, перегляньте нижче розділ “Рекомендації з підрахунку/тлумачення”, щоб дізнатися результат тестування.

*Реєстраційний бланк*

П.І.Б.(повністю) \_\_\_\_\_  
 Дата обстеження \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_ Стать чол./жін. (підкреслити)  
 Посада (підрозділ) \_\_\_\_\_ Спеціальність \_\_\_\_\_  
 Військове звання \_\_\_\_\_

*Інструкція:* У кожному питанні Вам пропонується декілька варіантів відповідей, оберіть саме ту, яка найбільше Вам підходить та обведіть кружечком цифру, яка їй відповідає.

Будь ласка, оцініть ПОТОЧНУ ТЯЖКІСТЬ (тобто за ОСТАННІ 2 ТИЖНІ) Вашої проблеми зі сном.

Проблема зі сном	Немає	Легкого ступеня	Помірного ступеня	Важкого ступеня	Дуже важкого ступеня
1. Труднощі під час засинання	0	1	2	3	4
2. Проблема переривання сну	0	1	2	3	4
3. Проблема дуже раннього прокидання	0	1	2	3	4

4. Наскільки Ви ЗАДОВОЛЕНІ/НЕ ЗАДОВОЛЕНІ характером свого сну НА ДАНИЙ МОМЕНТ?

Дуже задоволений	Задоволений	Помірно задоволений	Незадоволений	Дуже незадоволений
1	2	3	4	5



5. Наскільки, на Вашу думку, ПОМІТНА для оточення Ваша проблема зі сном, з огляду на погіршення якості Вашого життя?

Зовсім непомітна	Незначно помітна	Інколи помітна	Сильно помітна	Дуже сильно помітна
0	1	2	3	4

6. Наскільки Ви СТРИВОЖЕНІ/ПРИГНІЧЕНІ наявною проблемою зі сном на даний момент?

Зовсім не стурбований	Незначно стурбований	Інколи стурбований	Сильно стурбований	Дуже сильно стурбований
0	1	2	3	4

7. Наскільки проблема зі сном ЗАВАЖАЄ виконувати Вам щоденні обов'язки (наприклад, через утому в денний час, зміни в здатності виконувати робочі/щоденні домашні обов'язки, проблеми з концентрацією, пам'яттю, настроєм тощо) НА ДАНИЙ МОМЕНТ?

Жодним чином не заважає	Незначно заважає	Інколи заважає	Сильно заважає	Дуже сильно заважає
0	1	2	3	4

*Обробка отриманих результатів*

Додайте отримані бали всіх семи пунктів (питання 1+2+3+4+5+6+7= - Ваш загальний сумарний бал).

*Інтерпретація отриманих результатів*

Якщо загальний сумарний бал дорівнює:

0-7 = клінічне безсоння не виявлене;

8-14 = субклінічне безсоння;

15-21 = клінічні прояви безсоння (помірного ступеня тяжкості);

22-28 = клінічні прояви безсоння (важкого ступеня).

## ІНДИВІДУАЛЬНИЙ/ГРУПОВИЙ ПЛАН

**психологічної реабілітації особового складу військових частин  
(підрозділів) після виконання службово-бойових завдань  
в екстремальних (бойових) умовах,  
за програмою “Декомпресія” на базі .....**

**Термін курсу психологічної реабілітації:**

з \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 2020 р. по \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 2020 р..

**Мета, завдання декомпресії:** *(азначається для кожного методу реабілітаційного заходу)* \_\_\_\_\_

**Група №** \_\_\_\_\_

День, час (тривалість)	Вид реабілітаційних послуг, заходи (форми та методи, тема, мета, завдання, місце проведення)	Відмітка про виконання/примітки (у т.ч. коригування плану)	Форма роботи (індивідуальна /групова)
<b>День прибуття __. __. 2020</b>			
	Прибуття, до пункту проведення психологічної реабілітації		
	Вечеря		
<b>Проведено:</b>			
	Відбій		
<b>Перший день __. __. 2020</b>			
	<b>Мета:</b> <b>Завдання:</b>		
	Медичний огляд. Індивідуальні психологічні консультації (за запитами).		

День, час (тривалість)	Вид реабілітаційних послуг, заходи (форми та методи, тема, мета, завдання, місце проведення)	Відмітка про виконання/примітки (у т.ч. коригування плану)	Форма роботи (індивідуальна /групова)
	Підйом		
	Сніданок		
	Медичний огляд. Складання індивідуального плану реабілітаційних заходів		
	Психодіагностика		
	Оздоровча фізична підготовка, спортивні ігри		
	Обід		
	Вечеря		
додатково проведено:			
	Відбій		
Другий день __.__.2020			
	Мета: Завдання:		
	Підйом		
	Сніданок		
	Обід		
	Тренінгові заняття з питань		
	Оздоровча фізична підготовка, спортивні ігри		
	Вечеря		
додатково проведено:			

День, час (тривалість)	Вид реабілітаційних послуг, заходи (форми та методи, тема, мета, завдання, місце проведення)	Відмітка про виконання/примітки (у т.ч. коригування плану)	Форма роботи (індивідуальна /групова)
	Відбій		
<b>Третій день __.__.2020</b>			
	Підйом		
	Сніданок		
	Обід		
	Тренінгові заняття з питань		
	Оздоровча фізична підготовка, спортивні ігри		
	Вечеря		
	Збори з психологами (тренерами- інструкторами) та учасниками програми для підведення підсумків програми. Поради на майбутнє, закриття програми		
<b>додатково проведено:</b>			
	Відбій		

Старший групи психологічної реабілітації

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.2020 р.  
(П.І.Б., підпис)

Військовослужбовець:

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.2020 р.  
(П.І.Б., підпис)

Звіт про реалізацію програми психологічної реабілітації  
“Декомпресія”

## ВИСНОВОК-ПРОГНОЗ

П.І.Б. (отримувача послуг) \_\_\_\_\_  
 Стать \_\_\_\_\_ Дата народження: (число, місяць, рік) \_\_\_\_\_  
 Проходив(ла) курс психологічної реабілітації в період із  
 \_\_\_\_\_ 20 \_\_ р. по \_\_\_\_\_ 20 \_\_ р.  
 В \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Результати проведеної реабілітації

**Індивідуальний план психологічної реабілітації виконано  
(підкреслити, пояснити):**

- у повному обсязі \_\_\_\_\_
- частково \_\_\_\_\_
- не виконаний \_\_\_\_\_
- потребує проходження \_\_\_\_\_

**Мета психологічної реабілітації (підкреслити, пояснити):**

- досягнута \_\_\_\_\_
- не досягнута \_\_\_\_\_

**Причини невиконання індивідуального плану (підкреслити або  
вказати )**

- небажання військовослужбовця \_\_\_\_\_
- ускладнення під час отримання реабілітаційної допомоги \_\_\_\_\_
- інше \_\_\_\_\_

### Рекомендації щодо подальшого психологічного супроводу

**Рекомендації щодо подальшої психологічної реабілітації  
(підкреслити)**

- продовження психологічної реабілітації не потребує;
- потребує (вказати яких видів реабілітаційних заходів

потребує, протягом якого часу/через який проміжок часу/як часто відвідувати) \_\_\_\_\_

**Висновок:**

За результатами проміжної діагностики позитивна динаміка проглядається в учасника програми (вказати, що конкретно спостерігає психолог, результати діагностики та ін.).

Психолог \_\_\_\_\_  
(підпис, прізвище, ініціали)

Старший робочої групи психологічної  
реабілітації \_\_\_\_\_  
(підпис, прізвище, ініціали)

\_\_\_\_.\_\_\_\_.2020 року.

З висновками та рекомендаціями ознайомлений.

Учасник психологічної реабілітації \_\_\_\_\_  
(підпис, прізвище, ініціали)

## Скринінг-опитувальник PHQ-2

Скринінг - опитувальник респондента про стан здоров'я PHQ-2 (Patient Health Questionnaire – PHQ-2).

### Реєстраційний бланк

П.І.Б.(повністю) \_\_\_\_\_  
 Дата обстеження \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_ Стать чол./жін. (підкреслити)  
 Посада (підрозділ) \_\_\_\_\_ Спеціальність \_\_\_\_\_  
 Військове звання \_\_\_\_\_

*Інструкція:* “Як часто за останні 2 тижні Вас турбували наступні прояви? Зробіть позначку у відповідній клітинці реєстраційного бланку (потрібну цифру обведіть кружечком)”.

Прояви	Не турбували взагалі	Протягом декількох днів	Більше половини	Майже кожного дня
Дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ (відсутність бажання щось робити)	0	1	2	3
Поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності	0	1	2	3
<b>Сума</b>				
		<b>Загальний бал = _____</b>		

### Інтерпретація результатів

При позитивній відповіді хоча б на одне питання проводиться подальше обстеження з використанням опитувальника PHQ-9.

## Анкета оцінки суїцидального ризику П.І. Юнацкевіча

*Реєстраційний бланк*

П.І.Б.(повністю) \_\_\_\_\_  
 Дата обстеження \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_ Стать чол./жін. (підкреслити)  
 Посада (підрозділ) \_\_\_\_\_ Спеціальність \_\_\_\_\_  
 Військове звання \_\_\_\_\_

*Інструкція:* Дайте відповідь на поставлені нижче питання.  
 Підкресліть Вашу відповідь у відповідній колонці бланку.

№ з/п	Запитання	Варіанти відповідей	
1.	Як Ви вважаєте, чи може життя втратити цінність для людини в певній ситуації?	так	ні
2.	Життя іноді гірше смерті?	так	ні
3.	У минулому в мене була спроба піти з життя.	так	ні
4.	Мене багато хто любить, розуміє та цінує.	так	ні
5.	Можна виправдати безнадійно хворих, які вибрали добровільну смерть.	так	ні
6.	Я не думаю, що сам можу опинитися в безнадійному становищі.	так	ні
7.	Сенс життя не завжди буває ясний, його можна іноді втратити або не знайти.	так	ні
8.	Як Ви вважаєте, опинившись у ситуації, коли Вас зрадять близькі та рідні, Ви зможете жити далі?	так	ні
9.	Я іноді думаю про свою добровільну смерть.	так	ні
10.	У будь-якій ситуації я буду боротися за своє життя, чого б мені це не коштувало.	так	ні



### *“Ключ”*

Підраховується загальна кількість відповідей, які співпали з ключем.

- “так”(>):1,2, 3, 5, 7, 9;
- “ні” (-): 4, 6, 8, 10.

Вираховується оціночний коефіцієнт суїцидального ризику (Sr) за формулою:

$Sr = (N / 10)$ , де N – кількість збігів із ключем.

Показники Sr можуть варіювати від 0 до 1. Показники близькі до 1 – високий рівень схильності до суїцидальних реакцій, близькі до 0 – низький рівень схильності до суїцидальних реакцій.

### *Інтерпретація результатів*

Оцінка рівня схильності:

- до 0,2 – низький (5 балів);
- 0,2 - 0,3 – нижче середнього (4 бали);
- 0,4 - 0,5 – середній (3 бали);
- 0,6 - 0,7 – вище середнього (2 бали);
- 0,8 і більше – високий (1 бал).

**Увага: Особи, які набрали в ході анкетування 3 і менше балів, мають бути направлені до психолога, (психофізіолога, психіатра) для вивчення особистісних особливостей і встановлення причин високих показників схильності до суїцидального ризику.**

## Опитувальник травматичного стресу І.О. Котєнєва

Опитувальник травматичного стресу призначений для оцінки вираженості симптомів постстресових порушень.

### Реєстраційний бланк

П.І.Б.(повністю) \_\_\_\_\_  
 Дата обстеження \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_ Стать чол./жін. (підкреслити)  
 Посада (підрозділ) \_\_\_\_\_ Спеціальність \_\_\_\_\_  
 Військове звання \_\_\_\_\_

*Інструкція:* “Уважно читаючи кожне твердження, виберіть той варіант відповіді, який найбільше відповідає Вашому стану або поглядам на даний час.

У кожній колонці на бланку відповідей під номером твердження обведіть цифру, яка позначатиме Вашу відповідь:

5 = “абсолютно вірно”;

4 = “скоріше вірно”;

3 = “частково вірно, частково невірно”;

2 = “скоріше невірно”;

1 = “абсолютно невірно”.

№з/п	Твердження	Ваші відповіді				
1	Вранці я прокидаюся свіжим та відпочившим.	5	4	3	2	1
2	Я добре координую свої рухи.	5	4	3	2	1
3	Я відчуваю втому.	5	4	3	2	1
4	Мені необхідно докладати зусилля, щоб вникнути в те, про що говорять оточуючі.	5	4	3	2	1
5	Раптово в мене буває сильне серцебиття.	5	4	3	2	1
6	Я приймаю їжу машинально, не відчуваючи при цьому задоволення.	5	4	3	2	1
7	Світ, який мене оточує, здається нереальним.	5	4	3	2	1
8	Я здригаюся від раптового шуму.	5	4	3	2	1
9	Я настільки живо згадую окремі події, що при цьому ніби знову переживаю їх.	5	4	3	2	1
10	Я абсолютно здоровий фізично.	5	4	3	2	1
11	Мені приносить задоволення перебування серед людей.	5	4	3	2	1

12	Часто я дію так, ніби мені загрожує небезпека.	5	4	3	2	1
13	Мені не можна дорікнути в тому, що я розсіяний.	5	4	3	2	1
14	Я часто бачу один і той же страшний сон.	5	4	3	2	1
15	Безперечно, я винуватий перед людьми.	5	4	3	2	1
16	Дурниці дратують мене.	5	4	3	2	1
17	Я намагаюся не дивитися телевізор, якщо показують хроніку драматичних подій.	5	4	3	2	1
18	Мені подобається моя робота.	5	4	3	2	1
19	Я пережив серйозну втрату.	5	4	3	2	1
20	Я добре висипаюся ночами.	5	4	3	2	1
21	Я ніколи не бачу страшних снів.	5	4	3	2	1
22	Іноді мені хочеться напиться.	5	4	3	2	1
23	Мої близькі сильно турбуються через мою роботу.	5	4	3	2	1
24	У мене буває відчуття, що час плине ніби уповільнено.	5	4	3	2	1
25	Іноді я звертаюся до лікаря тільки тому, що хочу трохи відпочити.	5	4	3	2	1
26	Багато речей втратили для мене інтерес.	5	4	3	2	1
27	Без жодного приводу я можу вийти із себе.	5	4	3	2	1
28	Мені слід було б дотримуватися дієти.	5	4	3	2	1
29	Я намагаюся уникати розмов на неприємні теми.	5	4	3	2	1
30	Буває, що я забуваю речі.	5	4	3	2	1
31	Іноді мені здається, що навіть близькі люди не розуміють мене.	5	4	3	2	1
32	Мені необхідно краще контролювати емоції.	5	4	3	2	1
33	Минулі події часом згадуються більш яскраво, ніж те, що відбувається зараз.	5	4	3	2	1
34	Мені іноді здається, що світ навколо мене втрачає фарби.	5	4	3	2	1
35	Я прокидаюся від раптового страху.	5	4	3	2	1
36	Мені доводиться докладати великих зусиль, щоб працювати в колишньому ритмі.	5	4	3	2	1
37	Часом я відчувають озноб.	5	4	3	2	1
38	Мені хочеться допомагати людям, які потрапили в біду.	5	4	3	2	1
39	Нещодавно мені довелося зіткнутися з дуже небезпечними обставинами.	5	4	3	2	1
40	Я відчуваю себе більш досвідченою людиною, ніж більшість моїх однолітків.	5	4	3	2	1
41	Мені важко заснути.	5	4	3	2	1
42	Я відчуваю самотність.	5	4	3	2	1
43	Мені буває важко згадувати те, що відбувалося зовсім недавно.	5	4	3	2	1

44	Я відчуваю, що стаю іншою людиною.	5	4	3	2	1
45	Часом мене радують найнезначніші речі.	5	4	3	2	1
46	Я відчуваю приплив сил.	5	4	3	2	1
47	Вранці я дуже важко прокидаюся.	5	4	3	2	1
48	Мої думки постійно повертаються до того, про що не хочеться думати.	5	4	3	2	1
49	Я відчуваю сором.	5	4	3	2	1
50	Зазвичай, я не звертаюся до лікаря, навіть якщо відчуваю, що не зовсім здоровий.	5	4	3	2	1
51	Мій сон настільки міцний, що гучні звуки або яскраве світло мені не заважають.	5	4	3	2	1
52	Мені кажуть, що я скрикую уві сні.	5	4	3	2	1
53	Я часто думаю про майбутнє.	5	4	3	2	1
54	Іноді я серджуся.	5	4	3	2	1
55	Я боюся, що можу накоїти щось всупереч своїм намірами.	5	4	3	2	1
56	Буває, що я забуваю те, що хотів сказати або зробити.	5	4	3	2	1
57	Останнім часом мій настрій погіршився.	5	4	3	2	1
58	Мені немає на кого покластися.	5	4	3	2	1
59	Хотілося б, щоб моя сім'я приділяла мені більше уваги.	5	4	3	2	1
60	Безумовно, я люблю ризикувати.	5	4	3	2	1
61	Мені подобається "чорний гумор".	5	4	3	2	1
62	Я в усьому покладаюся на самого себе.	5	4	3	2	1
63	Я постійно відчуваю потребу що-небудь їсти, навіть не відчуваючи голоду.	5	4	3	2	1
64	Іноді мені здається, що я заплутався в житті.	5	4	3	2	1
65	Мені здається, що я не зумів зробити те, що від мене вимагалось.	5	4	3	2	1
66	Я відчуваю інтерес до життя.	5	4	3	2	1
67	Мені весело та легко в компанії друзів.	5	4	3	2	1
68	Я багато й плідно працюю.	5	4	3	2	1
69	Часто я забуваю, куди поклав ту чи іншу річ.	5	4	3	2	1
70	Я намагаюся ні з ким не обговорювати свої проблеми.	5	4	3	2	1
71	Я ніколи не відчував страху.	5	4	3	2	1
72	Мені було б корисно побути на самоті.	5	4	3	2	1
73	Роблячи яку-небудь справу, я часто думаю зовсім про інше.	5	4	3	2	1
74	Моє життя різноманітне й насичене подіями.	5	4	3	2	1
75	Я ніколи не здійснював таких вчинків, за які мені було б соромно.	5	4	3	2	1
76	Чужі труднощі мало кого хвилюють.	5	4	3	2	1
77	Я відчуваю себе набагато старшим за свої роки.	5	4	3	2	1

78	Мені здається, що мене чекає щасливе майбутнє.	5	4	3	2	1
79	У житті мені довелося пережити таке, що краще не згадувати.	5	4	3	2	1
80	Я гостро сприймаю чужий біль.	5	4	3	2	1
81	Мені здається, що я втратив здатність радіти життю.	5	4	3	2	1
82	Мене турбують головні болі.	5	4	3	2	1
83	Легкі заробітки зазвичай пов'язані з порушенням закону.	5	4	3	2	1
84	Я не проти додаткового заробітку.	5	4	3	2	1
85	Сторонні звуки відволікають мене.	5	4	3	2	1
86	Я намагаюся не вступати в бійку, якщо справа мене не стосується.	5	4	3	2	1
87	Я вірю в перемогу справедливості.	5	4	3	2	1
88	Моє серце працює як звичайно.	5	4	3	2	1
89	Іноді я приймаю пігулки.	5	4	3	2	1
90	Є речі, які я не можу собі пробачити.	5	4	3	2	1
91	Безумовно, мені потрібен час, щоб опанувати себе.	5	4	3	2	1
92	Алкоголь добре знімає будь-який стрес.	5	4	3	2	1
93	Я не схильний скаржитися на здоров'я.	5	4	3	2	1
94	Мені хочеться все трошити на своєму шляху.	5	4	3	2	1
95	Більшість людей стурбовані лише власним благополуччям.	5	4	3	2	1
96	Мені не легко стримувати свій гнів.	5	4	3	2	1
97	Я не вважаю, що правий той, хто сильніший.	5	4	3	2	1
98	Я ніколи не втрачав свідомість.	5	4	3	2	1
99	Мені слід було б навчитися уникати конфліктів.	5	4	3	2	1
100	Я придбав у житті хороших друзів.	5	4	3	2	1
101	Мене вважають урівноваженою людиною.	5	4	3	2	1
102	Нервові напруження добре знімає сауна.	5	4	3	2	1
103	Я відчуваю розгубленість.	5	4	3	2	1
104	Часто мені здається, що мене підстерігає небезпека.	5	4	3	2	1
105	Я працюю, не відчуваючи втоми.	5	4	3	2	1
106	Я відчуваю сильне внутрішнє збудження.	5	4	3	2	1
107	Часто я здійснюю мимовільні дії у відповідь на несподіваний звук або рух.	5	4	3	2	1
108	Мені важко зосередитися одночасно на декількох справах.	5	4	3	2	1
109	Я почуваю себе цілком упевненим.	5	4	3	2	1
110	Мені є за що дякувати долі.	5	4	3	2	1

*“Ключ”*

<b>ПТСР</b> (посттравматичний стресовий розлад)	<b>ГСР</b> (гострий стресовий розлад)
<b>A (1): подія травми -</b> 19, 39, 79	<b>A (1): подія травми -</b> 19, 39, 79
<b>B: повторне переживання травми (“вторгнення”) -</b> B (1) – 33, 48 B (2) – 14, 35, 52, (21) B (3) – 9 B (4) – 49, 90 B (5) – 5	<b>b: дисоціативні симптоми -</b> b (1) – 6, (109) b (2) – 4, 103 b (3) – 7, 34 b (4) – 44 b (5) – 43
<b>C: симптоми “уникнення” -</b> C (1) – 29, 79 C (2) – 17 C (3) – 43 C (4) – 26, (66, 74) C (5) – 31, 42 C (6) – 81 C (7) – (53, 78)	<b>c: повторне переживання травми (“вторгнення”) -</b> c (1) – 33, 48 c (2) – 14, 35, 52, (21) c (3) – 9 c (4) – 49, 90
<b>D: симптоми гіперактизації -</b> D (1) – 41, (20, 51) D (2) – 16, 27, 32, 96 D (3) – 85, 108, (13) D (4) – 8, 104 D (5) – 12, 107	<b>d: симптоми “уникнення” -</b> d (1) – 29, 79 d (2) – 17
<b>E: симптоми гіперактизації -</b> E (1) – 41, (20, 51) E (2) – 16, 27, 32, 96 E (3) – 85, 108, (13) E (4) – 8, 104 E (5) – 12, 107 E (6) – 105, (46)	<b>e: симптоми гіперактизації -</b> e (1) – 41, (20, 51) e (2) – 16, 27, 32, 96 e (3) – 85, 108, (13) e (4) – 8, 104 e (5) – 12, 107 e (6) – 105, (46)
<b>F: дистрес і дезадаптація -</b> 3, 36, 57, 91 (11, 68)	<b>f: дистрес і дезадаптація -</b> 3, 36, 57, 70, 91
<b>L (“неправда”) – 71, (30, 54, 84, 89); Ag (“агресія”) – 25, 28, (93); Di (“дисимуляція”) – 50, 93, (28); Depres (“депресія”) – (1), 6, 15, 24, 26, 36, 42, (46), 57, (66), (67), (78), 81, 90, (109).</b>	

Примітка: “прямі” твердження позначені номерами без дужок; номери “зворотніх” тверджень подані в дужках. Підраховується сума відповідей на ключові твердження (сумуються відповіді респондента на “прямі” твердження та відповіді за “зворотніми” твердженнями, перекодовані таким чином: відповіді респондента – 1, 2, 3, 4, 5; перекодовані відповіді – 5, 4, 3, 2, 1).

Простим складанням підраховуються значення контрольних і основних субшкал ПТСР і ГР:

L (“неправда”), Ag (агравация), Di (дисимуляція), Depres (депресія);

ПТСР: A (1) (подія травми), B (повторне переживання травми – “вторгнення”), C (симптоми “уникнення”), D (симптоми гіперактивації), F (дистрес і дезадаптація);

ГСР: A (1) (подія травми), b (дисоціативні симптоми), c (повторне переживання травми – “вторгнення”), d (симптоми “уникнення”), e (симптоми гіперактивації), f (дистрес і дезадаптація).

Підсумкові показники ПТСР і ГСР отримуються в результаті складання значень основних субшкал:

$$\text{ПТСР} = A(1) + B + C + D + F;$$

$$\text{ГСР} = A(1) + b + c + d + e + f.$$

Отримані “сирі” значення переводяться в Т-бали за запропонованими нижче таблицями, окремо для чоловіків і жінок.

Таблиця 23.1

Таблиця переводу “сирих” балів за шкалами в Т-бали  
(для чоловіків)

Т-бал	L	Ag	Di	A(1)	B	C	D	F	A(1)	B	C	d	e	f	Т-бал
98	30														98
96	29														96
94	28	15													94
92	28				44	48									92
90	27	14			43	47		26			40			23	90
88	26				42	46	58	26		28	39		64	23	88
86	25	13			41	45	57	25		28	38	15	62	22	86
84	25	13			39	44	55	24		27	36		61	21	84
82	24				38	43	54	24		26	35	14	59	21	82
80	23	12			37	42	52	23		25	34	14	58	20	80
78	23				36	41	51	22		25	33		56	20	78
76	22	11			35	39	49	22		24	32	13	55	19	76
74	21	11			34	38	48	21	15	23	31		53	18	74
72	21	10		15	33	37	46	20	15	22	30	12	52	18	72
70	20	10	16	14	32	36	45	20	14	21	29	12	50	17	70
68	19		15	13	31	35	43	19	13	21	28	11	49	17	68

Продовження таблиці 23.1

66	19	9	15	13	30	34	42	18	13	20	27	11	48	16	66
64	18		14	12	28	33	40	17	12	19	26		46	15	64
62	17	8	14	11	27	32	39	17	11	18	25	10	45	15	62
60	17	8	13	11	26	30	38	16	11	18	24		43	14	60
58	16		13	10	25	29	36	15	10	17	23	9	42	14	58
56	15	7	13	10	24	28	35	15	10	16	22	9	40	13	56
54	14		12	9	23	27	33	14	9	15	21	8	39	12	54
52	14	6	12	8	22	26	32	13	8	15	20	8	37	12	52
50	13	6	11	8	21	25	30	13	8	14	19	7	36	11	50
48	12	5	11	7	20	24	29	12	7	13	18	7	34	11	48
46	12	5		7	19	23	27	11	7	12	17		33	10	46
44	11		10	6	17	22	26	10	6	12	16	6	31	9	44
42	10	4		5	16	20	24	10	5	11	15	6	30	9	42
40	10		9	5	15	19	23	9	5	10	14	5	28	8	40
38	9	3	9	4	14	18	22	8	4	9	13	5	27	7	38
36	8	3	8	3	13	17	20	8	3	8	12		25	7	36
34	8		8	3	12	16	19	7	3	8	11	4	24	6	34
32	7		7		11	15	17	6			10		23	6	32
30	6		7		10	14	16				9	3	21	5	30
28	6					13	14						20		28
26	5		6			11							18		26
24													17		24
22			5										15		22
Т-бал	L	Ag	Di	A(1)	B	C	D	F	A(1)	b	C	d	e	f	Т-бал

Таблиця 23.2

Т-бал	ПТСР	ГСП	depres
98			
96			
94		178	
92	181	175	
90	177	171	
88	173	167	60
86	169	163	59
84	165	159	57



*Продовження таблиці 23.2*

82	161	156	55
80	157	152	54
78	152	148	52
76	148	144	51
74	144	140	49
72	140	137	48
70	136	133	46
68	132	129	45
66	128	125	43
64	124	121	42
62	120	118	40
60	116	114	38
58	112	110	37
56	108	106	35
54	104	103	34
52	100	99	32
50	96	95	31
48	92	91	29
46	88	87	28
44	84	84	26
42	80	80	25
40	76	76	23
38	72	72	21
36	68	68	20
34	64	65	18
32	60	61	17
30	56	57	15
28	52	53	
26		49	
24			
22			
Т-бал	ПТСР	ГСП	depres

Таблиця переводу “сиріх” балів за шкалами в Т-бали  
(для жінок)

Т- бал	L	Ag	Di	A(1)	B	C	D	F	A(1)	b	C	d	e	f	Т- бал
98															98
96	28														96
94	27														94
92	26														92
90	26														90
88	25				44						40				88
86	24	15			43					30	39			24	86
84	24				42	48		26		29	38			23	84
82	23	14			41	47	58	25		29	37			23	82
80	22				39	46	56	24		28	36	15	63	22	80
78	22	13			38	44	55	24		27	35		61	21	78
76	21	13			37	43	53	23		26	34	14	59	21	76
74	20	12		15	36	42	52	22	15	25	33	14	58	20	74
72	19	12		14	35	41	50	22	14	24	32	13	56	19	72
70	19	11	15	14	34	40	49	21	14	24	31	13	55	19	70
68	18	11		13	32	38	47	20	13	23	30	12	53	18	68
66	17		14	12	31	37	45	19	12	22	29	12	51	17	66
64	17	10	14	12	30	36	44	19	12	21	28	11	50	17	64
62	16		13	11	29	35	42	18	11	20	27	11	48	16	62
60	15	9	13	11	28	34	41	17	11	20	26	10	47	15	60
58	15	9	12	10	27	32	39	17	10	19	24	10	45	15	58
56	14	8	12	9	26	31	38	16	9	18	23		43	14	56
54	13	8	11	9	24	30	36	15	9	17	22	9	42	13	54
52	13	7	11	8	23	29	35	14	8	16	21		40	13	52
50	12	7	10	7	22	27	33	14	7	15	20	8	39	12	50
48	11		10	7	21	26	32	13	7	15	19	8	37	11	48
46	11	6		6	20	25	30	12	6	14	18	7	35	11	46
44	10		9	6	19	24	29	12	6	13	17	7	34	10	44
42	9	5		5	17	23	27	11	5	12	16	6	32	9	42
40	9	5	8	4	16	21	25	10	4	11	15	6	31	9	40
38	8	4	8	4	15	20	24	9	4	10	14	5	29	8	38
36	7	4	7	3	14	19	22	9	3	10	13	5	28	7	36
34	7	3	7		13	18	21	8		9	12	4	26	7	34
32	6		6		12	17	19	7		8	11	4	24	6	32
30	5		6		10	15	18	7			9		23		30
28			5			14	16	6				3	21	5	28

Продовження таблиці 23.3

26			5			13	15						20		26
24						12							18		24
22			4										16		22
Т- бал	L	Ag	Di	A(1)	B	C	D	F	A(1)	b	c	d	e	f	Т- бал

Таблиця 23.4

Т-бал	ПТСР	ГСП	depres
98			
96			
94			
92			
90			
88		180	
86	180	176	
84	176	172	60
82	172	168	59
80	168	164	57
78	163	160	56
76	159	156	54
74	155	151	53
72	151	147	51
70	146	143	49
68	142	139	48
66	138	135	46
64	134	131	45
62	129	127	43
60	125	122	42
58	121	118	40
56	117	114	38
54	112	110	37
52	108	106	35
50	104	102	34
48	100	98	32

*Продовження таблиці 23.4*

46	95	93	31
44	91	89	29
42	87	85	27
40	83	81	26
38	78	77	24
36	74	73	23
34	70	69	21
32	66	64	20
30	61	60	18
28	57	56	16
26	53	52	15
24	49	48	
22			
Т-бал	ПТСР	ГСР	depres

Інтерпретація результатів проводиться як на основі підсумкових показників ПТСР і ГСР, так і показників за субшкалами опитувальника, що дозволяє робити висновок про відносну вираженість окремих груп симптомів.

При значеннях шкал нижче 50 Т-балів симптоматика, як правило, відсутня. У діапазоні від 50 до 65 Т-балів можуть проявлятися окремі симптоми постстресових станів, причому незначно виражатися. 65-70 Т-балів ПТСР або ГСР зазвичай відповідають діагнозу “часткового” ПТСР або ГСР. При значеннях вище 70 Т-балів імовірність клінічно виражених розладів помітно зростає, а у випадках перевищення рівня 80 Т-балів необхідне уточнення клінічного діагнозу “повного” ПТСР або ГСР.

Наведені “критичні” значення в Т-балах, безумовно, є тільки орієнтовними як для оцінки загальних показників ПТСР і ГСР, так і стосовно окремих субшкал і шкали депресії. Однак, як показує досвід застосування опитувальника, інтервали 50-65-70-80 і більше Т-балів досить добре “працюють” в якості операціональних критеріїв оцінки ступеня вираженості постстресових станів.

## Рекомендації з проведення бесіди з потенційним суїцидентом (за Е. Гроллманом)

### ***Підбирайте ключі до розгадки суїциду.***

Шукайте ознаки можливої небезпеки: суїцидальні погрози, що передують спробі самогубства, депресії, значні зміни поведінки або особистості людини, а також приготування до останнього волевиявлення. Вловіть прояви безпорадності, безнадійності та визначте, чи людина не відчуває себе самотньою та ізольованою. Чим більше буде людей, які усвідомлюють ці застереження, тим вищі шанси на зникнення самогубства з переліку основних причин смерті.

### ***Прийміть суїцидента як особистість.***

Припустіть можливість, що людина дійсно є суїцидальною особистістю. Не думайте, що вона не здатна й не зможе зважитися на самогубство. Не дозволяйте іншим вводити Вас в оману щодо несерйозності конкретної суїцидальної ситуації. Небезпека, що Ви розгубитеся, перебільшивши потенційну загрозу, – ніщо порівняно з тим, що хтось може загинути через Ваше невтручання.

### ***Встановіть турботливі взаємовідносини.***

Їх слід висловлювати не лише словами, а й невербальною емпатією; в цих обставинах доречні не моралізування, а підтримка. Замість того, щоб страждати від самоосуду й інших переживань, тривожна особистість повинна намагатися зрозуміти свої почуття. Для людини, яка відчуває, що вона не потрібна, що її не люблять, турбота та участь чуйного співбесідника є потужними підбадьорливими засобами. Саме таким чином Ви найкраще проникнете в ізольовану душу зневіреної людини.

### ***Будьте уважним слухачем.***

Суїциденти особливо страждають від сильного почуття відчуження. В силу цього вони бувають не налаштовані прийняти Ваші поради. Набагато більше вони потребують обговорення свого болю, фрустрації й того, про що говорять: “У мене немає нічого такого, заради чого варто було б жити”. Якщо людина страждає від депресії, то їй потрібно більше говорити самій, ніж розмовляти з кимось. Пам’ятайте, що цій людині важко зосередитися на чомусь,

крім своєї безвихідності. Ви можете надати неоціненну допомогу, вислухавши слова, що відображають почуття цієї людини: будь то печаль, провина, страх чи гнів. Незважаючи на те, що основні передвісники самогубства часто завуальовані, тим не менш, вони можуть бути розпізнані сприйнятливим слухачем.

### ***Не сперечайтесь.***

Стикаючись із суїцидальною загрозою, друзі й родичі часто відповідають: “Подумай, адже ти живеш набагато краще за інших людей, тобі слід було б дякувати долі”. Ця відповідь відразу блокує подальше обговорення; такі зауваження викликають у нещасної людини ще більшу пригніченість. Бажаючи допомогти таким чином, близькі сприяють зворотному ефекту. Можна зустріти часто й інше знайоме зауваження: “Ти розумієш, які нещастя й ганьбу ти накличеш на свою сім’ю?” Але, можливо, за цим зауваженням приховується саме та думка, яку бажає здійснити суїцидент. Ні в якому разі не проявляйте агресію, якщо Ви присутні при розмові про самогубство, і постарайтеся не висловлювати потрясіння від того, що почули. Включаючись у дискусію з пригніченою людиною, Ви можете не тільки програти суперечку, але й втратити її саму.

### ***Задавайте питання.***

Якщо Ви задасте такі непрямі питання, як: “Я сподіваюся, що ти не замислюєш самогубство?”, то в них закладена відповідь, яку Ви хотіли б почути. Якщо близька людина відповість: “Ні”, то Вам, швидше за все, не вдасться допомогти в розв’язанні суїцидальної кризи.

Кращий спосіб втрутитися в кризу – це дбайливо поставити пряме запитання: “Ти думаєш про самогубство?”. Воно не призведе до подібної думки, якщо в людини її не було; навпаки, коли людина думає про самогубство, то нарешті, знаходить того, кому небайдужі її переживання, хто згоден обговорити цю заборонену тему. Після цього, людина часто відчуває полегшення, їй надається можливість зрозуміти свої почуття та досягти катарсиса. Потрібно спокійно й дохідливо запитати про тривожну ситуацію, наприклад: “Відколи Ви вважаєте своє життя настільки безнадійним?”, “Як Ви думаєте, чому у Вас з’явилися ці почуття?”, “Чи є у Вас конкретні міркування про те, яким чином накласти на себе руки?”, “Якщо Ви раніше думали про самогубство, то що Вас зупиняло?”. Щоб

допомогти суїциденту розібратися в своїх думках, можна іноді перефразувати, повторити найбільш істотні його відповіді: “Іншими словами, Ви говорите ...”. Ваша згода вислухати та обговорити те, чим хочуть поділитися з Вами, буде великим полегшенням для зневіреної людини, яка відчуває страх, що Ви її засудите, й готова до того, щоб покінчити життя самогубством.

***Не пропонуйте невинуватити.***

Причина, якій суїцидент присвячує всі свої думки, полягає в бажанні викликати занепокоєння його ситуацією. Якщо Ви не виявите зацікавленості, то депресивна людина може розцінити Ваше судження типу: “Ви насправді так не думаєте” – як прояв відкидання та недовіри. Суїцидальні люди з презирством ставляться до зауважень типу: “Нічого, нічого, у всіх є такі ж проблеми, як у тебе” – та іншим аналогічним кліше, оскільки вони різко контрастують з їхніми муками. Ці висновки лише мінімізують, принижують їх почуття та примушують відчувати себе ще більш непотрібними й некорисними.

***Запропонуйте конструктивні підходи.***

Замість того щоб говорити суїциденту: “Подумай, якого болю принесе твоя смерть близьким”, попросіть подумати про альтернативні рішення, які, можливо, ще не приходили йому в голову. Необхідно допомогти визначити джерело психічного дискомфорту. Найбільш придатними питаннями для стимуляції дискусії можуть бути: “Що з Вами трапилося за останній час?”, “Коли Ви відчули себе гірше?”, “Що сталося у Вашому житті з тих пір, як виникли ці зміни?”, “До кого з оточуючих вони мали відношення?”. Потенційного самогубця слід підштовхнути до того, щоб він ідентифікував проблему та якомога точніше визначив, що її посилює. Має сенс також сказати: “Ви все-таки схвильовані. Може, якщо Ви поділитися своїми проблемами зі мною, я докладу зусиль зрозуміти Вас”.

Якщо кризова ситуація й емоції виражені, то далі йде з’ясування, як людина вирішувала подібні ситуації в минулому. Це називається “оцінкою засобів, наявних для вирішення проблеми”. Вона включає вислуховування опису попереднього досвіду в аналогічній ситуації. Для ініціювання можна задати питання: “Чи не було у Вас раніше подібних переживань?”. Існує унікальна можливість спільно розкрити способи, якими людина справлялася з

кризою в минулому. Вони можуть бути корисні для вирішення і теперішнього конфлікту. Постарайтеся з'ясувати, що все ж таки залишається позитивно значущим для людини, що Вона ще цінує. Відмітьте ознаки емоційного пожвавлення, коли мова зайде про “найкращі” часи в житті, особливо слідкуйте за її очима. Що з того, що має для неї значущість, досягне? Хто ті люди, які продовжують її хвилювати? І тепер, коли життєва ситуація проаналізована, чи не виникло яких-небудь альтернатив? Чи не з'явився промінь надії?

### ***Вселяйте надію.***

Надія допомагає людині вийти з поглинаючих думок про самогубство. Надія виникає не з відірваних від реальності фантазій, а з існуючої здатності бажати та досягати. Коли люди повністю втрачають надію на гідне майбутнє, вони потребують підтримуючої поради, пропозиції якоїсь альтернативи. “Як Ви могли б змінити ситуацію?”, “Якому втручання ззовні Ви могли б протистояти?”, “До кого Ви могли б звернутися за допомогою?”. Підстава для реалістичної надії повинна бути представлена чесно, переконливо й м'яко. Дуже важливо, щоб Ви зміцнили сили й можливості людини, запевнити її, що кризові проблеми зазвичай минуші, а самогубство – безповоротне.

### ***Оцініть ступінь ризику самогубства.***

Постарайтеся визначити серйозність можливого самогубства. Адже наміри можуть відрізнятися, починаючи з швидкоплинних, розпливчастих думок про таку “можливість” і закінчуючи розробленим планом суїциду шляхом отруєння, стрибка з висоти, використання вогнепальної зброї або мотузки. Дуже важливо виявити й інші чинники – такі, як алкоголізм, вживання наркотиків, ступінь емоційних порушень і дезорганізації поведінки, відчуття безнадійності та безпорадності.

Незаперечним фактом є те, що чим більше розроблений метод самогубства, тим вищий його потенційний ризик. Дуже мало сумнівів у серйозності ситуації залишається, наприклад, якщо депресивна людина, не приховуючи, дарує комусь свій улюблений телефон, з яким вона ні за що б не розпрощалась. У цьому випадку ліки, зброю або ножі слід прибрати подалі.

***Не залишайте людину одну в ситуації високого суїцидального ризику.***

Залишайтеся з нею якомога довше або попросіть кого-небудь



побути з нею, поки не вирішиться криза чи не надійде допомога. Можливо, доведеться зателефонувати до пункту швидкої допомоги або звернутися в поліклініку. Для того, щоб показати людині, що оточуючі піклуються про неї, та створити відчуття життєвої перспективи, Ви можете укласти з нею так званий суїцидальний контракт – попросити пообіцяти зв'язатися з Вами перед тим, як вона зважиться на суїцидальні дії в майбутньому, для того, щоб Ви ще раз змогли обговорити можливі альтернативи поведінки. Як це не дивно, така угода може виявитися досить ефективною.

### ***Зверніться за допомогою до фахівців.***

Суїциденти мають звужене поле зору, своєрідну тунельну свідомість. Їх розум не в змозі відновити повну картину того, як слід вирішувати нестерпні проблеми. Перше прохання часто полягає в тому, щоб їм була надана допомога. Іноді єдиною альтернативою допомоги суїциденту, якщо ситуація виявляється безнадійною, стає госпіталізація в психіатричну лікарню. Зволікання може бути небезпечним, госпіталізація ж може принести полегшення як хворому, так і сім'ї.

### ***Важливість збереження турботи й підтримки.***

Якщо критична ситуація минула, то фахівці або сім'я ні в якому разі не можуть дозволити собі розслабитися. Найгірше може бути ще попереду. Підвищення психічної активності хворого часто приймають за поліпшення стану. Буває так, що напередодні самогубства депресивні люди кидаються у вир діяльності. Вони просять вибачення в усіх, кого скривдили. Побачивши це, Ви полегшено зітхаєте та послабляєте пильність. Але ці вчинки можуть свідчити про рішення розраховатися з усіма боргами та зобов'язаннями, після чого можна накласти на себе руки. І дійсно, половина суїцидентів здійснює самогубство не пізніше, ніж через три місяці після початку психологічної кризи.

**Бланк-карта соціально-психологічного висновку  
суїцидального випадку Головного управління  
морально-психологічного забезпечення Збройних Сил України**

**БЛАНК-КАРТА  
соціально-психологічного висновку щодо суїцидальної події**

№з/п	Загальний зміст	Деталізація	Опис	Примітки
<b>Блок А. Опис ситуації (констатуюча частина).</b>				
<b><i>А.1. Об'єктивна інформація щодо суїцидента</i></b>				
A.1.1.	Демографічні дані	Прізвище, ім'я, по батькові, дата та місце народження суїцидента (повний вік).		
A.1.2.	Віросповідання	Ставлення до релігії, конфесії.		
A.1.3.	Військово-професійні дані	Військова професія, звання, посада у військовому підрозділі, проходить військову службу за контрактом/строкова військова служба. Терміни виконання службових обов'язків у районі антитерористичної операції (ООС). Обов'язково вказати наявність нагород, подання на нагородження (якщо не реалізовано, то чому)		
A.1.4.	Родинні дані	Сімейний стан (батьки, дружина, діти, найближчі родичі). Наявність вітчима, мачухи, зведених братів та сестер. Якщо в родині тільки один із батьків – з ким він проживає.		

A.1.5.	Друзі, співслужбовці	Найближче оточення у військовому підрозділі (прізвище, ім'я, по батькові, вік, історія стосунків – друзі, побратими тощо).		
A.1.6.	Соціальна ситуація розвитку	Особливості життя в батьківській родині: повна/неповна, брати/сестри (багатодітна родина), наявність хронічних хвороб, психічних захворювань у родині, батьки або брати/сестри – інваліди, матеріальне/соціальне благополуччя (неблагополуччя), наявність у родині випадків завершеного/незавершеного суїциду, наявність фактів зміни місця проживання, тривалий час проживання родини за кордоном або одного з батьків (виїзд на працевлаштування (заробітки); освіта: середня/вища, фах, професія; попередня професійна діяльність: місце роботи, посада, стаж роботи, як часто змінював місце роботи; особливості життя у власній родині: стосунки із дружиною, дітьми, родичами дружини, наявність матеріальних, соціальних негараздів, розлучень, хвороб та інше).		

<b><i>A.2. Опис обставин суїцидальної події.</i></b>				
A.2.1.	Хронологія подій	Місце, час, дата суїцидальної події, погодні умови.		
A.2.2.	Обставини виявлення суїцидальної події:	За даними безпосередніх свідків (прізвище, ім'я, по батькові, військове звання) хто виявив суїцидента, що відбувалось на місці події безпосередньо перед та після виявлення.		
	Оточення	З ким суїцидент бачився або спілкувався останнім. Наявність між ними відносин “начальник (командир) – підлеглий”, рівень міжособистісних відносин.		
	Спосіб вчинення самогубства	Повішення, отруєння, використання вогнепальної зброї, падіння з висоти, нанесення порізів, ножових поранень, утоплення (фізичне розміщення тіла суїцидента).		
	Наявність передсмертного повідомлення	Лист, записка, телефонне повідомлення, повідомлення через мережу інтернет та інше, його зміст.		
A.2.3.	Опис фізичного стану тіла суїцидента	Результати первинного огляду – хто проводив, що виявив, документ, яким зафіксовано; висновок судово-медичної експертизи – хто проводив, попередній висновок щодо причин смерті, реквізити документа: дата, номер, прізвище експерта/-ів.		

		Якщо спроба суїциду не закінчилася фатально – хто, коли і як супроводжував потерпілого до медичного закладу, навіть при умові, що не були нанесені тілесні ушкодження.		
<b>3. Опис ситуації, що передувала суїцидальній події у військовому підрозділі.</b>				
A.3.1.	Характеристики поведінки суїцидента	Протягом останніх п'яти діб та за 3-5 годин до суїцидальної події (зміни настрою, висловлювання щодо ставлення до життя/смерті, зміни в поведінці, події в родині та у військовому підрозділі: за результатами спостереження найближчого оточення (прізвище, ім'я, по батькові, не менше двох-трьох осіб); за результатами спостереження керівництва підрозділу (безпосередній командир та його заступник).		
A.3.2.	Інші обставини та факти	Наявність хвороби перед суїцидом. Фінансове становище. Наявність та результати телефонних переговорів (листування, бесіди). З ким, у який час доби, настрій після цього.		

<b><i>А.4. Інформація щодо психологічного обстеження суїцидента.</i></b>				
A.4.1.	Дані про проходження обстеження психологічного стану суїцидента	Дата проведення обстеження, мета/методика/форма проведення обстеження, висновки щодо результатів обстеження, рекомендації щодо подальшого проходження служби та організації індивідуальної роботи, прізвище, військове звання експерта. Професійна освіта того, хто проводив обстеження, його досвід, відсутність взаємозв'язків підпорядкованості у військовому підрозділі, рівень допуску до інформації про суїцидента.		
A.4.2.	Інформація про проведення заходів психологічної підтримки за участі суїцидента	Дата проведення, характер/мета/форма проведення, прізвище, військове звання організатора заходів, їх зміст.		
<b><i>А.5. Інформація щодо дій безпосереднього керівництва військового підрозділу щодо підтримки сприятливого морально-психологічного клімату в підрозділі та профілактики суїцидів.</i></b>				
A.5.1.	Управлінські рішення командування	Рішення, які приймалися керівництвом підрозділу щодо профілактики самогубств, та заходи, що проведено з особовим складом, володіння інформацією про реальний стан справ у підрозділі, наявність комунікації у		

		вертикалі між командирами відділень, командирами взводів, заступниками командира роти, командира роти та вище, інформація про проведені заходи (дата проведення, форма проведення, учасники заходу, хто проводив, прізвище, військове звання).		
		Наявність рішення керівництва щодо вилучення (переведення) виявлених осіб із військового підрозділу.		
<b>Блок Б. Попередній висновок (підтвердження закінченої суїцидальної спроби).</b>				
<b><i>Б.1. Підтвердження факту суїцидальної події</i></b>				
Б.1.1.	Суїцидальна подія	Є підтвердженням/не підтвердженням фактом самогубства.		
<b><i>Б.2. Попередні причини/характер скоєного суїцидального випадку.</i></b>				
Б.2.1.	Суїцидальна дія вчинена у стані афекту	Реакція на несприятливі, загрозливі, стресові обставини життєдіяльності, які мали ситуативний характер.		
Б.2.2.	Суїцидальна дія має спланований характер	Події передували: вчинки, які свідчили про підготовку до здійснення суїцидальної спроби (роздавання речей, підбиття підсумків життя, усамітнення, або, навпаки, надмірне бажання бути корисним, нав'язлива присутність, пошук нового		

Б.2.2.	Суїцидальна дія має <i>спланований характер</i>	сенсу буття), висловлювання, що характеризували готовність до припинення життя, песимістичні настрої щодо неможливості продовжувати життєвий шлях та бажання його припинити тощо.		
Б.2.3.	Спосіб вчинення самогубства	Повішання, отруєння, використання вогнепальної зброї, падіння з висоти, нанесення порізів, ножових поранень, утоплення тощо.		
Б.2.4.	Виявлені та фактично підтверджені індивідуально-психологічні причини суїциду.	Відсутність/втрата поняття сім'ї; відсутність/втрата поняття дім/житло; відсутність/втрата поняття улюблена справа; відсутність/втрата звичних цінностей, звичок, хобі). Причини втрат – поранення, хвороба, розлучення, наявність травм, зовнішнє каліцтво (щелепно-лицеві поранення, опіки, ампутації, шрами тощо).		
Б.2.5.	Документи	Підтвердження факту суїциду (реквізити документа)		
<b>Блок В. Висновки та рекомендації.</b>				
<b><i>В. 1. Інформація щодо проведення у військовому підрозділі заходів профілактики суїцидів.</i></b>				
В.1.1.	Документи	Документальні дані про проведені заходи психологічного забезпечення, індивідуально-виховної роботи.		



В.1.2.	Документи	Документально підтверджені управлінські заходи.		
<b><i>В.2. Висновки щодо причин, що призвели до завершення суїцидальної події.</i></b>				
<b><i>В.3. Рекомендації керівництву військового підрозділу щодо профілактики суїциду.</i></b>				
<b><i>В.4. Рекомендації керівництву військової частини для прийняття ними управлінських рішень.</i></b>				

Дата складання висновку. Прізвище, ім'я, по батькові, військове звання того, хто склав висновок.

## Інформаційний документ для командирів

**Предмет:** керування солдатами з суїцидальними та гоміцидальними думками.

1. Посилання: FM 4-02.55 ПОДОЛАННЯ СТРЕСУ В УМОВАХ ВІЙНИ, FM 22-51 “Методологія командира щодо подолання стресу в умовах війни”.

2. Мета: надати інформацію командирам стосовно використання групового нагляду та керування солдатами, які мають суїцидальні чи гоміцидальні думки.

3. Огляд: коли до уваги командира доведено, що солдат має суїцидальні думки, командир має негайно зв'язатися з працівником психічної охорони здоров'я, щоб впевнитись у проведенні оцінки ризику. Ці процедури не мають обмежуватися цим інформаційним документом. Щойно працівник охорони психічного здоров'я оцінить стан солдата, він почне оцінювати чинники ризику (зокрема, психіатричний діагноз, наявність попередніх спроб самогубства та наявність спроб самогубства у родині солдата, наявність плану самогубства) та надасть рекомендації командирі.

Ці рекомендації включатимуть одну з таких: повне повернення до виконання обов'язків із наглядом та підтримкою для солдатів із низькими чинниками ризику; нагляд товариша (або Базові застереження в умовах війни) для солдатів із низькими чи помірними чинниками ризику; цілодобовий нагляд для солдатів з помірними чинниками ризику та госпіталізація для солдатів з високим ризиком.

Важливість та цінність Базових застережень, Нагляду товариша та Цілодобового нагляду (на відміну від госпіталізації) для солдата й командира полягають в наступному.

Солдат здатен виконувати свої професійні завдання на певному рівні та підтримувати соціальні зв'язки у своєму підрозділі. Це допомагає запобігти почуттям ізоляції та нікчемності, що іноді буває наслідками госпіталізації.

Солдат уникає упереджень, що, на жаль, часто асоціюються з госпіталізацією. Хоча, можливо, деякі упередження можуть бути пов'язані з груповим наглядом, принаймні солдати підрозділу

щодня бачать солдата, який перебуває під наглядом, і, таким чином, менше схиляються до створення хибних уявлень про проблему: наприклад, що солдат “псих” та “замкнений у гумовій кімнаті”. Ці помилкові ідеї є досить поширеними та іноді можуть створювати проблеми після повернення солдата до підрозділу після госпіталізації.

Солдат має можливість розповісти про своє занепокоєння комусь зі свого оточення. Солдати, що мають суїцидальні думки, часто відчують полегшення після розмови з відповідальним сержантом (ВС) , які здатні вислухати та підтримати. Таким чином, на практиці використовується концепція підрозділу Армії як “родини” солдата та надається додаткова підтримка й нагляд члену підрозділу в біді.

Солдати з “конкретно військовими” суїцидальними думками (“Я вб’ю себе, якщо ви не відпустите мене з Армії”) швидко розуміють, що система охорони психічного здоров’я не створює шляхів втечі від їхніх обов’язків, хоча допомагає солдату пристосуватися до ситуації. Така позиція має дістатися до свідомості кожного солдата та, можливо, зменшить число солдатів, які мають “конкретно військові” суїцидальні думки. Це може підвищити бойову готовність завдяки скороченню кількості солдатів, що шукатимуть шляхи втечі з Армії за допомогою системи охорони психічного здоров’я. Підрозділ і командири всіх рівнів отримують значний досвід в управлінні солдатами, які виражають суїцидальні думки. Цей досвід і використання групового нагляду можуть підвищити бойову готовність, адже існує висока ймовірність того, що підрозділу доведеться стикатися з подібними процедурами в умовах війни.

Вміле використання групового нагляду в бойовому оточенні може запобігти “синдрому евакуації”, за якого значна кількість солдатів, які мають суїцидальні думки, евакуюють з місця операції, коли підрозділи не в змозі подолати цю проблему.

#### 4. Типи групового нагляду:

а) Нагляд товариша. Член підрозділу має постійно наглядати за солдатом від підйому до відбою. Солдат не повинен спати один у кімнаті, проте постійний нагляд вночі не потрібен. Солдат буде дотримуватися вказівок психолога протягом 5 днів із початку нагляду, а потім має пройти переоцінку (зазвичай швидше, ніж за 5

днів). Якщо значний ризик суїциду лишається, солдата, як правило, госпіталізують, щоб не приділяти йому надмірну увагу та щоб це не впливало на бойову готовність підрозділу;

б) Цілодобовий нагляд. Член підрозділу має постійно наглядати за солдатом впродовж 24 годин на добу.

Командири підрозділу часто використовують штатного ВС або старшого по казармі (СК) для цього завдання. Цей тип нагляду загалом використовується лише для “конкретно військових” суїцидальних думок, коли солдат висловлює конкретні погрози, пов’язані з його бажанням звільнитися з Армії чи покинути місце дислокації, та не має інших чинників ризику (наприклад, депресивного розладу, попередніх спроб суїциду), які створили б необхідність госпіталізації. Солдат буде знаходитися під наглядом цілодобово відповідно до інтенсивної природи цього методу нагляду. Надалі лікар знову має оцінити ризик та надати відповідні рекомендації;

в) Базові застереження: з огляду на те, що рекомендації з базових застережень технічно не є груповим наглядом, це набір застережень щодо безпеки, який має використовуватись у бойовому оточенні. Найголовніше застереження полягає в тому, що солдат не повинен брати участі в бойових діях (чи виконувати обов’язки поза ПОБ), та в необхідності впевнитися, що бойок витягнуто зі зброї солдата.

#### 5. Солдат із гоміцидальними думками.

Солдати, які висловлюють гоміцидальні думки, мають бути направлені до працівника охорони психічного здоров’я для оцінки та визначення психічного розладу, який може спричинювати гоміцидальні думки, для оцінки ризику та початку лікування при наявності психічного розладу. За відсутності серйозного психічного розладу, що може спричинювати гоміцидальні думки, сама їх наявність не є вказівкою необхідності госпіталізації. Працівник охорони психічного здоров’я має зробити певні кроки, щоб впевнитись у тому, що командир попередив потенційну жертву та може призначити Нагляд товариша чи Цілодобовий нагляд як метод захисту особи, яка знаходиться під загрозою. Якщо рівень ризику дуже високий, командир має можливість проконсультуватися з начальником військово-юридичної служби (НВЮС) стосовно можливості утримання солдата під вартою, якщо

госпіталізацію не призначено.

#### 6. Висновки.

Використання групового нагляду – цінний інструмент для командира в підтримці солдатів та підвищенні бойової готовності. Працівники охорони психічного здоров'я працюватимуть, щоб визначити необхідний метод керування, та госпіталізують солдата, якщо рівень ризику буде потребувати такої міри. Працівники охорони психічного здоров'я не можуть передбачити суїцид чи гоміцид, але вони вміють чітко дотримуватися зазначених шляхів для визначення ризику та необхідності госпіталізації. Ваша підтримка методів лікаря надасть можливість впевнитися, що ваш солдат отримає найбільш ефективний метод втручання.

---

Представник командування

---

Лікар

### **Стандартні процедури для нагляду товариша та цілодобового нагляду**

#### *Стандартні процедури*

#### Нагляд товариша та Цілодобовий нагляд

1. *Мета:* встановити процедури для використання Нагляду товариша, Цілодобового нагляду та керування солдатами, що проходять оцінку та лікування суїцидальної поведінки.

2. Залучаються: весь персонал, що працює у Відділенні охорони психічного здоров'я.

3. Загальні положення:

а) усіх пацієнтів, які описують свої нинішні або нещодавні суїцидальні думки (тобто протягом останніх 2-х тижнів), оглядають у клініці. Суїцидальні думки, спроби самогубства або гоміцидальні думки мають бути розглянуті лікарем перш, ніж відпустити солдата. Оцінка ризиків після прийомних годин має виконуватися співробітниками відділення швидкої допомоги після консультації з викликаним працівником охорони психічного здоров'я;

б) оцінка потенційної шкоди полягає у вивченні психіатричної історії хвороби солдата й оцінці чинників ризику. Чинниками ризику скоєння суїциду є, як мінімум, такі: попередні спроби самогубства, частота та продовження суїцидальних думок/планів/намірів, доступ до летальних методів самогубства,

наявність або відсутність зловживання алкоголем і наркотиками, ознаки чи симптоми афективних і тривожних розладів, наявність значного стресу, соціальна підтримка, “тестування реальності” та випадки скоєння самогубства в родині солдата. Чинниками ризику гоміциду, як мінімум, є такі: історія минулого насилля чи жорстокого поводження, частота та продовження гоміцидальних думок/планів/намірів і визначення доступу до летальних засобів;

в) лікування має бути відповідним до проведеної оцінки стану та має передбачати безпеку всіх, хто має безпосереднє відношення до солдата;

г) підготовка документації має бути завершена в день проведення оцінки ризику.

#### 4. Процедури:

а) Нагляд товариша може бути рекомендований, якщо існує ризик, що солдат може завдати шкоди собі чи іншим. Але лікар чітко зазначає в документі, що ризик не є настільки високим, що солдату необхідна госпіталізація. Нагляд товариша дозволяє спостерігати за солдатом під час лікування та має переваги над госпіталізацією;

б) Цілодобовий нагляд може бути рекомендований для солдата, який потребує більш постійного нагляду, ніж може запропонувати Нагляд товариша, та зазвичай призначається для солдатів, які становлять певну загрозу завдання шкоди собі чи іншим з метою уникнення виконання своїх обов’язків та отримання звільнення з військової служби (“Я вб’ю себе, якщо ви не відпустите мене з Армії”). Оцінка ризику та висновки лікаря, що ризик солдата не такий високий, щоб призначити госпіталізацію, мають бути чітко задокументовані.

в) Процедури Нагляду товариша та Цілодобового нагляду детально пояснюються. Важливою різницею цих двох процедур є те, що солдат під Наглядом товариша потребує спостереження лише від підйому до відбою, тоді як солдат під Цілодобовим наглядом потребує постійного нагляду. Коли солдат знаходиться під Наглядом, призначений лікар має зробити спробу зв’язатися з командиром і обговорити причини нагляду та інші пов’язані з цим проблеми.

Відповідне розпорядження має бути передане командиру через особу, яка супроводжує солдата. Якщо командир потребує

додаткової інформації про груповий нагляд чи не певний щодо доцільності групового нагляду, інформаційний документ Керування солдатами із суїцидальними та гоміцидальними думками буде направлено до командира через особу, яка супроводжує солдата. Солдат під час Нагляду товариша має відвідувати лікаря як мінімум 1 раз на 5 днів до припинення нагляду. Солдат під час Цілодобового нагляду має відвідувати лікаря для переоцінки 1 раз у продовж 24 годин. Працівник охорони психічного здоров'я буде оцінювати стан солдата кожного разу до закінчення нагляду. Рішення про закінчення групового нагляду має право приймати лише лікар-психіатр. Розпорядження про закінчення нагляду буде підписане лікарем та направлено командирі.

Груповий нагляд – це рекомендація для командира. Працівники охорони психічного здоров'я зобов'язані обговорити свої рекомендації з командиром, розуміючи конкретні обставини в підрозділі. В усіх випадках безпека солдата та інших солдатів, які його оточують, має бути на першому місці.

Нагляд товариша та Цілодобовий нагляд буде використовуватися лише для солдатів, чий рівень ризику було оцінено лікарем у медичному закладі. Груповий нагляд може бути призначений лікарем із відділення невідкладної допомоги, якщо він попередньо проконсультувався з лікарем-психіатром і вони дійшли згоди.

### **Розпорядження про припинення групового нагляду**

**Дата:**

**Розпорядження для (командира, підрозділу)**

**Предмет:** припинення Цілодобового нагляду/Нагляду товариша для НСС:

1. Вищезазначеному солдату було рекомендовано Цілодобовий нагляд/Нагляд товариша \_\_\_\_\_ (дата).

2. Вищезазначений солдат пройшов оцінку в Клініці психічного здоров'я знову \_\_\_\_\_ (дата). Зараз я вважаю, що військовослужбовець не становить ризику для себе чи інших, та рекомендую припинення Цілодобового нагляду/Нагляду товариша.

3. Хоча цей солдат не становить значного ризику або

небезпеки для себе чи інших, будь ласка, візьміть до уваги, що рівень ризику солдата може змінитись.

4. Якщо солдат має повторні суїцидальні чи гоміцидальні думки або демонструє іншу поведінку, що може становити ризик завдання шкоди собі чи іншим, солдата необхідно супроводити до клініки (в робочий час) чи до відділення невідкладної допомоги (в неробочий час) для оцінки ризику.

5. Наступний прийом у лікаря призначено у Військовій амбулаторії психічного здоров'я \_\_\_\_\_ (дата) о \_\_\_\_\_ (час).

6. Координатор цього розпорядження підписується нижче  
xxx- xxxx.

---

Лікар

НСС – номер соціального страхування.

### **Базові застереження**

***Дата:***

***Розпорядження для командира***

***Предмет:*** Базові застереження для \_\_\_\_\_.

НСС: \_\_\_\_\_

1. Цей військовослужбовець був оцінений в ПОБ \_\_\_\_\_ ВМЦ. Базуючись на оцінці стану військовослужбовця та його поточного психічного стану, подані застереження рекомендовані командирі задля підтримки та безпеки членів його підрозділу. Оцінка психічного стану військовослужбовця вказала, що на цей час солдат не становить небезпеки чи ризику; він не потребує госпіталізації чи групового нагляду.

2. Застереження:

а) вилучити бойок зі штатної зброї солдата;

б) жодних бойових чи “виконання поза ПОБ” завдань до наступного розпорядження;

в) солдат має виконувати свої обов’язки (окрім бойових) і має проходити фізіотерапію. Фізіотерапія може допомогти покращити стан психічного здоров'я.



3. Якщо стан здоров'я солдата погіршується, наглядач має звернутись до ПОБ \_\_\_\_\_ ВМЦ психічного здоров'я в ххх-хххх або супроводити солдата до ВМЦ для оцінки.

Наступний прийом у лікаря цьому солдату призначений в ПОБ \_\_\_\_\_ ВМЦ \_\_\_\_\_ (дата) о \_\_\_\_\_ (година).

\_\_\_\_\_  
Представник командування

\_\_\_\_\_  
Лікар

Примітка. ВМЦ – військово-медичний центр; ПОБ – передова оперативна база; НСС – номер соціального страхування.

### Керування ризиком суїциду та гоміциду в умовах розгортання

Найменш обмежувальні заходи Найбільш обмежувальні заходи



	Повне виконання своїх обов'язків	Базові застереження	Цілодобовий нагляд (або постійний нагляд за пацієнтом)	Переміщення до військового медичного закладу
Дії	Солдат просить (в усній формі) створити безпечне оточення	1. Видалити бойок зі зброї солдата 2. Жодних завдань на ПОБ до наступного розпорядження	1. Безпечність зброї та відсутність медичних засобів в зоні доступу 2. Солдат під постійним наглядом 24 години на добу	Виконання процедури переміщення
Приклади	СД, мало чинників ризику, можливість попросити про надання безпеки	1. Первинні прояви конкретно військових СД/ГД 2. Психічний розлад із СД/ГД, але ризик	1. Конкретно військові СД/ГД, проте ризик недостатньо високий для госпіталізації 2. Психічний розлад із СД/ГД,	1. Великий ризик суїциду/гоміциду, що потребує госпіталізації 2. Серйозна медикаментозна спроба суїциду(передозу

		недостатньо високий для призначення групового нагляду 3. Вихід із групового нагляду	проте ризик недостатньо високий та солдат не потребує госпіталізації	вання,глибокі чи рвані рани, що потребують накладення швів) 3. Ризик суїциду/гоміциду не знизився після 5 днів (не більше),незважаючи на лікування під час групового нагляду
Переваги	1. ПВО 2. Жодних упереджень чи відчуження	1. Набагато менше упереджень, ніж при груповому нагляді 2. Певний рівень безпеки	1. Високий рівень заходів безпеки 2. Висока імовірність ПВО 3. Відповідає ННОП	Найвищий рівень заходів безпеки
Недоліки	Відсутні заходи безпеки	Менше заходів безпеки, ніж при груповому нагляді	1. Упередження та відчуження 2. “Роль хворого” через постійне спостереження за пацієнтом	Низька імовірність ПВО, порушує ННОП, якщо вказівки недостатньо чіткі

Примітка. СД – суїцидальні думки; ГД – гоміцидальні думки; ПВО – повернення до виконання обов’язків; ПОБ – передова оперативна база; ННОП — наближеність, негайність, очікування, простота (англ. PIES).

## Метод визначення ризику суїцидальності

Карта призначена для визначення ризику скоєння суїциду та ступеня такого ризику в осіб, що опинились у важких життєвих ситуаціях.

Застосовувати Карту доцільно при дослідженні військовослужбовців з існуючими в анамнезі гострими афективними реакціями на тлі акцентуації характеру, а так само при встановленні ризику суїциду осіб без вираженої характерологічної патології в умовах життєвої кризи.

### Реєстраційний бланк

П.І.Б.(повністю) \_\_\_\_\_  
 Дата обстеження \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_ Стать чол./жін. (підкреслити)  
 Посада (підрозділ) \_\_\_\_\_ Спеціальність \_\_\_\_\_  
 Військове звання \_\_\_\_\_

*Інструкція:* “Карта містить 31 чинник ризику суїциду, наявність кожного з яких необхідно виявити в досліджуваного. Карту повинні заповнювати психологи, які добре знайомі з анамнезом і особистістю людини на підставі вільної бесіди з нею”.

№з/п	Чинники, що вивчаються:	Вираженість чинника
<i>I Дані анамнезу (дані з життя досліджуваного)</i>		
1.	Вік першої суїцидальної спроби – до 20 років	
2.	Мала місце спроба суїциду раніше	
3.	Наявність спроб самогубства у рідних	
4.	Розлучення або смерть одного з батьків (до 18 років)	
5.	Недостатність сімейного тепла в дитинстві або юнацтві	
6.	Повна або часткова бездоглядність у дитинстві	
7.	Початок статевого життя до 18 років	
8.	Провідне місце в системі цінностей належить любовним стосункам	

9.	Виробнича (службова) сфера не відіграє важливої ролі в житті	
10.	В минулому мало місце розлучення	
<i>II. Наявність актуальної конфліктної ситуації</i>		
11.	Наявне відчуття нереальності, очікування чогось неприємного в житті (ситуація невизначеності, чекання)	
12.	Наявність конфлікту в любовних чи сімейних стосунках	
13.	Наявність тривалого службового конфлікту	
14.	Такий тривалий службовий конфлікт мав місце раніше	
15.	Наявність конфлікту, обтяженого неприємностями в інших сферах життя	
16.	Суб'єктивні почуття нездоланності конфліктної ситуації	
17.	Почуття втоми, знесилання	
18.	Почуття образи, жалість до себе	
19.	Погрози здійснення суїциду	
<i>III. Характеристика особистості.</i>		
20.	Чи наявні часті та раптові зміни настрою(емоційна лабільність)?	
21.	Рішення й дії відбуваються на основі раптових, таких, що несподівано виникають, думок (імпульсивність)	
22.	Емоційна залежність, необхідність близьких емоційних контактів (хочеться бути поряд і товаришувати тільки з емоційно близькими людьми)	
23.	Довірливість – виражена риса характеру	
24.	Скупість, невиразність емоцій, має місце нечутливість до конфліктів (емоційна в'язкість)	
25.	Хворобливе самолюбство, тяжке переживання будь-яких образ на свою адресу	
26.	Самостійність, відсутність залежності в прийнятті рішення.	
27.	Напруженість потреб (сильно виражене бажання досягти своєї мети, висока інтенсивність даної потреби).	
28.	Настирливість у досягненні своїх цілей (наполегливість)	
29.	Рішуче прийняття рішень і впевненість в успіхах (рішучість)	

30.	Вперта непоступливість у суперечках і справах (безкомпромісність)	
31.	Нездатність швидко звикати до ускладнень у житті (низька здатність до утворення компенсаторних механізмів, витіснення фруструючих факторів)	

### *Обробка результатів*

Після виявлення всіх параметрів, кожному з них приписується умовна “вага” відповідно до таблиці.

Характеристика наявності факторів	Номери чинників		
	8,9,11-31	5-7	1-4,10
Фактор відсутній	-0,5	-0,5	-0,5
Фактор слабо виражений	+0,5	+1,0	+1,5
Фактор присутній	+1,0	+2,0	+3,0
Наявності фактора не виявлено	0	0	0
Сума “ваги” всіх факторів			

### *Інтерпретація результатів*

“0” – оцінюють чинники 7-10, у осіб, які не досягли середнього віку початку статевого життя й уклали шлюб до 21 року. Обчислюється алгебраїчна сума “ваги” всіх чинників. Якщо отримана величина менша, ніж 8,86 – ризик суїциду незначний. Якщо ця величина коливається в межах від 8,86 до 15,48, то існує небезпека здійснення суїцидальної спроби. У разі, коли сума “ваги” перевищує 15,48, ризик суїциду досліджуваного дуже великий, а в разі наявності в анамнезі спроби самогубства, значний ризик її повторення.

Виявивши за допомогою “Карті ризику” схильність до спроб самогубства, потрібно постійно “тримати” військовослужбовця в полі зору та швидко реагувати на найменші відхилення в його настрої та поведінці.

У випадках, коли сума “ваги” перевищує 20 (критичне значення) або поведінкові особливості починають посилено проявлятися, військовослужбовець направляється на повне клініко-психологічне обстеження до лікаря-психіатра.

### Шкала оцінки ризику суїциду (The SAD PERSONS Scale) (Patterson et al., 1983)

Для вимірювання суїцидального ризику пропонується контрольний перелік параметрів, який був розроблений Паттерсоном та ін.; його назва в перекладі звучить як “сумні люди” (англ. – SAD PERSONS – за першими літерами визначених параметрів). Шкала оцінки ризику суїциду (The SAD PERSONS Scale, Patterson et al., 1983), яка містить 10 пунктів, що характеризують фактори ризику суїциду й оцінюваних клініцистом як 0 (відсутній) або 1 (наявний).

Загальний бал від 0 до 2 свідчить про низький ризик суїциду та передбачає можливість амбулаторного спостереження за пацієнтом (клієнтом); загальний бал 3-4 свідчить про середній ризик суїциду та необхідність частих зустрічей клініциста з обстежуваним (1-3 рази на тиждень) у разі амбулаторного спостереження, або потрібно розглядати варіант можливості госпіталізації; бал 5-6 свідчить про високий ризик суїциду та передбачає госпіталізацію пацієнта (клієнта), якщо немає впевненості в якісному амбулаторному спостереженні; бал 7 і вище означає дуже високий ризик суїциду та потребує обов’язкової госпіталізації (в тому числі й примусової).

#### Реєстраційний бланк

П.І.Б.(повністю) \_\_\_\_\_  
 Дата обстеження \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_ Стать чол./жін. (підкреслити)  
 Посада (підрозділ) \_\_\_\_\_ Спеціальність \_\_\_\_\_  
 Військове звання \_\_\_\_\_

#### Шкала оцінки ризику суїциду

Фактор		Значення
Sex	Стать	1 – чоловік; 0 – жінка
Age	Вік	1 – <19, років або >45
Depression	Депресія	1 – якщо є

Previous attempt	Парасуїциди в анамнезі	1 – якщо є
Ethanolab use	Зловживання алкоголем	1 – якщо є
Rational think in gloss	Порушення раціонального мислення (марення, галюцинації, фіксація на втраті, депресивні звуження сприйняття )	1 – шизофренія, розлад настрою, когнітивні порушення
Social support lacking	Недостатність соціальної підтримки (проживання в самотності, важкі порушені стосунки, не сприймаюче соціальне оточення)	1– якщо є, особливо при недавній втраті “значущого іншого”
Organized plan	Організований план суїциду	1 – якщо є, а обраний метод потенційно летальний
Nospouse	Відсутність чоловіка (дружини)	1 – розлучений, вдівець, ізольований, проживає в самотності
Sickness	Хвороба	1 – якщо є, особливо хронічна, інвалідизуюча, важка

Загальний бал варіює від 0 (дуже низький ризик) до 10 (дуже високий ризик).

### *Інтерпретація результатів*

Загальний бал	Предбачувана дія
0–2 низький ризик	Амбулаторне спостереження
3–4 середній ризик	Амбулаторне спостереження з частими зустрічами (1–3 рази на тиждень); денний стаціонар; розглянути можливість госпіталізації
5–6 високий ризик	Рекомендувати госпіталізацію, якщо немає впевненості в якісному амбулаторному спостереженні (психіатрична та соціальна служби, родичі)
7–10 дуже високий ризик	Госпіталізація (в т. ч. примусова)

0–2	Рівень I	Невисокий ступінь суїцидального ризику
3–4	Рівень II	Середній рівень суїцидального ризику – необхідні інтервенція та підтримка
5–6	Рівень III	Високий рівень суїцидального ризику – необхідна антисуїцидальна інтервенція
7–10	Рівень IV	Дуже високий рівень суїцидального ризику – потрібна невідкладна інтервенція



### Форма оформлення результатів психологічного обстеження

Сфера дослідження	Методи та тести, що використовуються	Результати, які отримані під час тестування	Висновки з характеристикою порушень, які були виявлені
1. До психокорекційної роботи.			
2. Після психокорекційної роботи.			

## Інструмент зниження ризику для командирів

## ІНСТРУКЦІЇ ДЛЯ КОМАНДИРІВ

Цей інструмент розроблений для того, щоб допомогти командирам визначити потенційні ризики серед своїх підлеглих. Якщо військовий має занепокоєння чи проблему, надайте йому/їй варіанти (пропозиції наведено в розділі “Дії командирів” для кожного питання, що викликає занепокоєння), переконайтеся, що Ви стежите за ним/нею та продовжуєте розглядати план дій у разі необхідності.

№з/п	ПИТАННЯ, ЩО ВИКЛИКАЮТЬ ЗАНЕПОКОЄННЯ	ДІЇ КОМАНДИРА
1.	Чи отримував військовий команду звернутися за будь-якою допомогою (наприклад, правовою, фінансовою, психологічною, з приводу проблем з алкоголем, сімейних проблем у стосунках, поведінкового здоров'я та ін.)? Чи бажає військовий оприлюднити надання будь-яких аналогічних видів допомоги, для отримання яких він/вона не отримував команд?	Направте військового до відповідних ресурсів. Резервне формування (РФ) гарантує, що направлення буде забезпечено відповідним місцевим ресурсом.
2.	Чи військовий стикається з будь-якими труднощами в отриманні допомоги, якої він/вона потребує як на службі, так і в позаслужбовий час?	Направте військового до відповідних ресурсів. РФ гарантує, що направлення буде забезпечено відповідним місцевим ресурсом. Спостерігайте за військовим протягом 14 днів, щоб переконатися, що труднощі було подолано або вирішено.
3.	Військовий не відповідав вимогам або стандартам військового характеру (наприклад, виконання обов'язків, участь у бойових зборах, контроль за вагою, кваліфікація зброї, тренування ВУС)?	Розробити та впровадити план дій для задоволення вимог/стандартів. Ретельно стежити за прогресом військового.

4.	Чи отримував військовий негативні рекомендації чи оцінки після того, як він прибув до поточного підрозділу чи організації?	Визначте, чи це є актуальною проблемою. Розробити та впровадити план дій для задоволення вимог/стандартів. Ретельно стежити за прогресом військового.
5.	Чи відмовляли військовому в просуванні по службі або відвідуванні навчальних закладів, чи не дозволяли здійснити передислокацію з будь-якої причини?	Визначте, чи це є актуальною проблемою. Розробити та впровадити план дій для задоволення вимог/стандартів. Ретельно стежити за прогресом військового.
6.	Чи переслідується наразі цей військовий за Єдиним кодексом військових законів ЗС США?	Переконайтеся, що в солдата є адекватна підтримка, в тому числі юридична.
7.	Чи в солдата є фінансові або трудові проблеми – такі, як нездатність покрити базові щомісячні витрати, вилучення житла, труднощі із виплатами по догляду за дитиною чи неможливість погашення кредитів?	Скеруйте солдата в підрозділ або установу фінансового представника або Програми фінансового забезпечення сімей військовослужбовців. РФ гарантує, що направлення буде забезпечено відповідним місцевим ресурсом.
8.	Чи зазнавав військовий аварії, травми, захворювання чи стану, які призвели до поточних обмежень здатності виконувати свої обов'язки?	Переконайтеся, що військовому забезпечено відповідне медичне спостереження. Переконайтеся, що медичний профіль на його електронній сторінці оновлено.
9.	Чи має солдат поточний медичний профіль (тимчасовий чи постійний)?	Переконайтеся, що військовому забезпечено відповідне медичне спостереження. Переконайтеся, що медичний профіль на його електронній сторінці оновлено.
10.	Чи має солдат проблеми з медичною допомогою, препаратами чи дієтичними добавками, які він/вона приймає?	Зверніться до менеджера з надання первинної медичної допомоги або військового об'єкту з надання медичної допомоги (ВОНМД). РФ гарантує, що направлення буде забезпечено відповідним місцевим ресурсом.
11.	Чи відчуває солдат на даний час проблеми зі сном (наприклад, проблеми із засинанням,	Зверніться до менеджера з надання первинної медичної допомоги або ВОНМД. РФ гарантує, що

	проблеми з перебуванням уві сні, проблеми, які пов'язані зі сном, постійний сон менше 7-9 годин, використання алкоголю та інших речовин для того, щоб заснути)?	направлення буде забезпечено відповідним місцевим ресурсом.
12.	Чи є в солдата тенденція відсторонюватись або соціально ізолювати себе від інших?	Якщо необхідно, зверніться до Групи капеланів при підрозділі роду військ, менеджера з надання первинної медичної допомоги, ВОНМД або Групи підрозділу з поведінкового здоров'я. РФ гарантує, що направлення буде забезпечено відповідним місцевим ресурсом.
13.	Чи проявляв солдат надмірний гнів чи агресію протягом останніх трьох місяців?	Якщо необхідно, зверніться до Групи капеланів при підрозділі роду військ, менеджера з надання первинної медичної допомоги, ВОНМД або Групи підрозділу з поведінкового здоров'я, Підрозділу з управління гнівом або іншої відповідної групи допомоги. РФ гарантує, що направлення буде забезпечено відповідним місцевим ресурсом.
14.	Чи солдат переживає серйозні проблеми у сім'ї/стосунках або невідкладні сімейні проблеми, такі, як серйозне захворювання члена сім'ї?	Зверніться до Служби побутового забезпечення військових та їхніх сімей, консультанта з питань роботи із сім'ями військовослужбовців, організації "Military One Source", Групи капеланів при підрозділі роду військ, Групи підрозділу з поведінкового здоров'я або іншої відповідної допомоги. РФ гарантує, що направлення буде забезпечено відповідним місцевим ресурсом.
15.	Чи переживав військовий будь-які випадки насильства у сім'ї чи жорстоке поводження з дітьми?	Зверніться до Програми захисту сімей. РФ гарантує, що направлення буде забезпечено відповідним місцевим ресурсом.

16.	Чи переживав військовий будь-які ситуації, які можна вважати жорстокими, образливими, гнітючими або шкідливими, в тому числі залякування або напад?	Зв'яжіть військового з відповідними підрозділами підтримки (наприклад, Програма визнання досягнень із техніки безпеки, офіцер із питань організації вільного часу, органи захисту сімей, підрозділи Міністерства, Менеджер із надання первинної допомоги, ВОНМД). РФ гарантує, що направлення буде забезпечено відповідним місцевим ресурсом.
17.	Чи отримував військовий штраф за перевищення швидкості (понад 10 миль (16 км) дозволеного ліміту) або небезпечне водіння за останні 6 місяців?	Забезпечте належне консультування, щоб військовий зрозумів, що таке правильна манера водіння.
18.	Чи отримував військовий штраф за ризиковану поведінку під час перебування за кермом (наприклад, написання повідомлень під час водіння, не використання гарнітури для дзвінків за кермом, водіння без ремня безпеки)? Чи військового проінформували, що така діяльність є небезпечною, суперечить законодавству та політиці й потенційно карається ЄКВЮ?	Забезпечте належне консультування, щоб військовий зрозумів, що таке правильна манера водіння. Переконайтеся, що військового проінформували, що така діяльність є небезпечною, суперечить законодавству та політиці й потенційно карається ЄКВЮ?
19.	Чи військовий керує мотоциклом?	Поставте військовому питання 19а.
19а	ЯКЩО ТАК, чи військовому необхідні навчання водінню на приватному мотоциклі (ВПМ) згідно з положенням ВС 385-10 та вимогами до посадки?	Проведіть перевірку; зробіть копію водійського посвідчення військового, реєстрації (держава та посада), страховки та сертифікату Фонду безпеки мотоциклів (ФБМ). Зберігайте файл. Обговоріть політику та правила щодо ВПМ стосовно індивідуальних засобів захисту (ІЗЗ) та обов'язкового навчання на затвердженому курсі

		безпеки водіїв мотоциклів (ФБМ; курс водія-початківця (ОБОВ'ЯЗКОВО); курс досвідченого водія (якщо навички необхідні в зоні ведення бойових дій (ЗВБД); курс водія військового спортивного мотоцикла (якщо навички необхідні в зоні ведення бойових дій) та військовий тренінг з перепідготовки (Команда з контролю перепідготовки для тих, хто повертається з бойового завдання або направлення командира). РФ: Проконсультуйте військового, щоб переконатися, що він/вона розуміє потребу носити всі ІЗЗ у будь-який час (не тільки під час служби).
20.	Чи може військовий займатися будь-якою іншою потенційно небезпечною діяльністю в час дозвілля поза межами служби (наприклад, стрибками з парашутом, їздою на всюдиході, скелелазінням)?	Заохочуйте й переконайтеся у тому, що військовий пройде навчальний курс до того, як почне займатися діяльністю з високим ступенем ризику. Переконайтеся, що військовий використовує відповідні ІЗЗ.
21.	Положення ВС 190-11 вимагає, щоб будь-яка зброя, що перебуває в приватному володінні, яка потрапила на військові об'єкти, була належним чином зареєстрована у начальника військової поліції. Чи зброя військового відповідає Положенню ВС 190-11, оскільки воно застосовується до реєстрації зброї, що перебуває в приватній власності?	Проконсультувати військового щодо безпечного поводження зі зброєю "СИНК" (THINK). Поводьтеся зі зброєю так, ніби вона заряджена; Обережно поведіться з усією зброєю; ідентифікуйте ціль перед тим, як стріляти; Ніколи не цільтеся туди, куди не маєте наміру стріляти; Зберігайте зброю в безпеці. Задайте питання 21а.
21а	ЯКЩО ТАК, Чи відвідував військовий затверджений клас/курс з безпеки вогнепальної зброї?	Зазначте, де й коли він пройшов курс. Якщо він не пройшов курс, заохочуйте його та переконайтеся, що він і його сім'я отримають дану підготовку.

22.	Чи був військовий коли-небудь залучений до інцидентів, пов'язаних із алкоголем або наркотиками (протягом останніх 3 років), та/або мав позитивний аналіз сечі на наявність вищезазначених речовин?	На час інциденту зверніться до Програми лікування наркотичної залежності та уважно стежте за прогресом військового. РФ гарантує, що скерування буде забезпечено відповідною службою.
23.	Чи військового направляли в місця ворожого вогню, та чи він отримав доплату за небезпечність?	Чи має військовий будь-які проблеми, пов'язані з цим направленням?
24.	Чи солдату було тяжко справлятися із втратою (наприклад, смерть близького друга, члена сім'ї чи члена команди, втрата соціальної підтримки)?	Якщо необхідно, зверніться до Групи капеланів при підрозділі роду військ, менеджера з надання первинної медичної допомоги, ВОНМД або Групи підрозділу з поведінкового здоров'я або іншої відповідної служби допомоги. РФ гарантує, що скерування буде забезпечено відповідною службою.
25.	Чи хто-небудь (напр., дружина чи чоловік, інший член сім'ї, друзі, колега солдата) висловлював стурбованість поведінкою військового?	У разі необхідності, отримайте додаткову інформацію. Зверніться до Служби побутового забезпечення військових та їхніх сімей, консультанта по роботі із сім'ями військовослужбовців, організації "Military One Source", Групи капеланів при підрозділі роду військ, Групи підрозділу з поведінкового здоров'я або іншої відповідної служби допомоги. РФ гарантує, що скерування буде забезпечено відповідною службою.
26.	Чи проявляв військовий будь-які суїцидальні думки чи дії, чи висловлював бажання заподіяти шкоду іншим?	Супроводьте військового до установ з поведінкового здоров'я або палат інтенсивної терапії ВОНМД, відповідно, та повідомте командування. Забезпечте РФ супровід до місцевої палати інтенсивної терапії та повідомте командування. Не залишайте військового наодинці. Наказати

		військовим на службі, які володіють приватною зброєю, щоб вони зберігали її в кімнаті для зброї; попросіть військових поза межами служби, які володіють приватною зброєю, щоб Вони добровільно здавали її в кімнату зброї. Розгляньте можливість проживання військового в казармах протягом періоду оцінювання (3 дні), якщо він вирішив не здавати добровільно зброю на зберігання поза межами служби.
27.	На підставі вищезазначених проблем та відомостей командира про військового, останнього можна вважати в групі низького, середнього або високого ризику, якщо зазначені нижче твердження є показовими. <u>Примітка: Для військових, які вважаються такими, що перебувають у групі середнього чи високого ризику, необхідно повідомити вище командування (командира батальйону/командира аналогічного або вищого рівня).</u>	
	НИЗЬКИЙ	Військовий не має значних проблем або має проблеми з приводу яких він/вона отримує відповідну допомогу. Ймовірність несприятливих результатів є очевидно низькою.
	СЕРЕДНІЙ	Поведінка або занепокоєння, які ставлять військового під загрозу розвитку серйозних проблем, якщо не вдатися до відповідних дій (наприклад, військовому, який зазнає серйозних фінансових, правових, сімейних проблем/проблем у стосунках, з алкоголем або інших проблем і має труднощі з отриманням належної допомоги; військовий виявляє поведінку високого ризику). <b>Необхідно повідомити старше керівництво (командира батальйону/офіцера, рівного йому або вищого за рангом).</b>



<p>ВИСОКИЙ</p>	<p>Поведінка чи занепокоєння, які потенційно можуть поставити військового та інших осіб у небезпечні умови або такі, що завдають шкоди (наприклад, ризикована поведінка, що загрожує життю, серйозні проблеми з якістю роботи, які ставлять під загрозу власну безпеку та безпеку членів команди).</p> <p><b>Необхідно повідомити старше керівництво (командира батальйону/офіцера, рівного йому або вищого за рангом) та відповідні канали допомоги.</b></p>
----------------	---

## Інструмент командира по зниженню ризиків (ІКЗР)

### 12 ТИПІВ РИЗИКОВАНОЇ ПОВЕДІНКИ/ФАКТОРІВ РИЗИКУ - 10 Джерел

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| 1. Підтвердження вживання наркотиків                                       | 13. Дисциплінарні заходи             |
| 2. Перевірка за допомогою програми лікування наркотичної залежності (ПЛНЗ) | 14. Дезертирство                     |
| 3. Вступ у ПЛНЗ  | 15. Військовий трибунал              |
| 4. Домашнє насильство  | 16. Фінансові проблеми               |
| 5. Насильство над дітьми   | 17. Письмові догани                  |
| 6. Правопорушення у сфері обігу наркотиків                                 | 18. Майбутні медкомісії              |
| 7. Правопорушення, пов'язані з вживанням алкоголю                          | 19. Порушення правил дорожнього руху |
| 8. Злочини проти особи   | 20. Здійснені самогубства            |
| 9. Злочини проти власності   | 21. Смерті                           |
| 10. Злочини проти громадськості  |                                      |
| 11. Нещасні випадки/Травми   |                                      |
| 12. Готовність, що обмежує характеристики психічного здоров'я              |                                      |

Етап II ІКЗР

Етап I ІКЗР

Етап I ІКЗР: Щотижневі завантаження простих файлів

Етап II ІКЗР: Мережеві веб-служби в режимі

### АНАЛІЗ РИЗИКІВ ОСОБИ ВІЙСЬКОВОГО

Фактори ризику	Закономірності поведінки
Захисні фактори	Дані про особовий склад
Інтервенції	Участь в операціях або бойових діях
	Нагороди

### АНАЛІЗ РИЗИКІВ ПІДРОЗДІЛУ

Збір даних від рівня КП до рівня СВ  
Визначення ризиків підрозділу  
Група охорони військових об'єктів та центр високопродуктивних обчислень (ЦВПО)

### ВИЗНАЧЕННЯ ЗАКОНОМІРНОСТЕЙ

Визначення закономірностей ризикованої поведінки в підрозділах  
Визначення закономірностей щодо участі в операціях, бойових діях та інтервенціях

### СТРАТЕГІЯ ІНТЕРВЕНЦІЇ

Стратегії інтервенції та попередні оперативні можливості (ПОМ)

Перегляд даних про військових в обох вирішеннях доступний тільки командирам батальйонів та підрозділів

## Медико-юридичні питання

Неправильна оцінка ризиків суїциду може бути основою для визнання халатності працівника охорони психічного здоров'я.

Самогубство солдата під час групового нагляду може викликати питання, чи правильно працівник охорони психічного здоров'я оцінив ризик і чи впевнився в правильному методі втручання. Командира також необхідно допитати щодо компетентності проведення групового нагляду. Ще одна проблема полягає в тому, що солдати, які проводять груповий нагляд, мають недостатньо або взагалі не мають подібного досвіду та можуть неправильно зрозуміти отримані вказівки або оцінити серйозність наслідків.

Можуть бути вжиті дисциплінарні заходи щодо лікарів або командирів, якщо внутрішнє розслідування вкаже на їхню провину або недбалість. Грошові стягнення можуть бути застосовані задля компенсації заподіяного. Директива МО України 6025.13 визначає процедури розслідування халатності. Якщо начальник медичної служби в конкретному військовому підрозділі визначає, що необхідно відібрати певні привілеї в конкретного лікаря, ці дані вносяться до Національної інформаційної бази лікарів (NPDB – National Practitioner Data Bank). NPDB – це база даних, що надає інформацію про конкретні галузі видачі ліцензій лікаря, включно з членством у професійних спілках, історією медичної халатності, записами про клінічні привілеї, несприятливим ліцензуванням, висновками щодо позбавлення клінічних привілеїв та інших негативних дій, вжитих проти конкретного лікаря.

Така інформація надається через юридичні запити, з метою допомоги державним органам ліцензування, лікарням та іншим об'єктам охорони здоров'я у встановленні кваліфікації лікарів, яких збираються найняти, ліцензувати або яким планують надати привілеї. Ці дії виконуються з боку військових для впевненості, що працівники військової охорони здоров'я відповідають не лише військовим, а й цивільним стандартам. Велика кількість солдатів, у яких виникають гоміцидальні думки щодо старших за субординацією, мають такі діагнози, як розлад адаптації, розлад

особистості або алкогольна залежність. За відсутності сильних психічних розладів ці військові не підпадають під критерії для госпіталізації, проте лікарі їх все ж часто госпіталізують, бо вважають, що таким чином захищають потенційних жертв.

Крім того, лікарі надають рекомендації командирів: перемістити солдата до іншого загону підрозділу (на випадок гоміцидальних думок щодо безпосереднього командира), попередити потенційну жертву щодо загрози та надати обом сторонам прямий наказ уникати всіляких контактів, окрім необхідних для виконання службових дій. У багатьох випадках ці втручання можуть бути більш ефективними в зниженні ризику, ніж просто повідомлення місцевої поліції та потенційної жертви, відповідно до цивільного стандарту лікування, коли пацієнт не відповідає критеріям втручання через відсутність доказів серйозного психічного розладу.

Крім того, зазначаються в документі ознаки ризику для військовослужбовців з гоміцидальними думками.

Група ризику:

- Солдати, які заряджали й наводили зброю на членів своєї частини; випадки жорстокого поводження одного солдата з іншим траплялися по кілька разів на місяць.
- Солдати всіх рангів у стані гострої суїцидальної кризи, які заряджали зброю та прикладали собі до голови.
- Солдат, який у минулому мав клінічну депресію, був відсторонений від конвої/патрулів своєї частини через те, що без жодних причин стріляв у цивільних.
- Солдат, який брав участь у “жорстокій грі” з двома іншими солдатами, втратив контроль над ситуацією, коли інший солдат витягнув свій штик-ніж; солдат, якому погрожували, дістав свій пістолет.
- Неодружені чи одружені солдати з рецидивом суїцидальної кризи після того, як дізналися, що солдати, з якими вони мали сексуальний контакт, також мали сексуальні стосунки з іншими солдатами в частині.
- Солдати, які вживали алкоголь і мали войовничі, суїцидальні та/або гоміцидальні думки, а іноді нападали на інших солдатів або погрожували своєму підрозділові зброєю в стані алкогольного сп’яніння.

- Солдати, які робили спроби самогубства шляхом передозування ліками або ненавмисного передозування.
- Солдати, які билися головою об цегляні чи бетонні стіни (або ламали руки через те, що вдаряли ними об стіни), оскільки були сповнені люті через поведінку сержантів, товаришів по службі чи проблеми вдома.
- Старшини з нападами паніки й кошмарами після випадкової смерті іншого солдата.
- Солдати з гострими маніями та психотичними проявами.
- Солдати з серйозними симптомами тривоги типу ASD/PTSD, спричиненими бойовими операціями.

[illegible]

## This image shows a full page of blank, lined paper. It features approximately 28 evenly spaced horizontal black lines across its entire width, providing a guide for handwriting or typing. The paper itself is a clean, off-white color. There are no margins, text, or other markings present on the page.

## Методичне видання

*Коkun O.M., Агаєв Н.А., Пішко І.О.,  
Лозінська Н.С., Корня Л.В.*

## ПСИХОЛОГІЧНЕ ВИВЧЕННЯ ОСОБОВОГО СКЛАДУ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

### Методичний посібник

Підписано до друку 26.06.2019 р. Формат 60х84/16. Папір офсетний.  
Ум. друк. арк. 12,09. Тираж 300 прим.

Видавничий дім “Освіта України” ®  
ФОП Маслаков Руслан Олексійович

Свідоцтво про внесення суб’єкта видавничої справи до державного  
реєстру видавців, виготівників і розповсюджувачів видавничої  
продукції ДК №4726 від 29.05.2014 р.  
Тел. (095) 699-25-20, (098) 366-48-27.

E-mail: osvita2005@gmail.com, [www.rambook.com.ua](http://www.rambook.com.ua)

Виготовлювач: ФОП Поліщук О.В.  
Свідоцтво суб’єкта видавничої справи ДК №2142 від 31.03.2005  
07400, м. Бровари, вул. Незалежності, 2, кв. 148  
тел. (044) 592-13-49



